

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA - NESC
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

**Representações Sociais da Leishmaniose Tegumentar
Americana: um estudo etnográfico**

Autora: Edilene de Melo Silva
Orientadora: Constança Simões
Barbosa

Recife, 2001

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA - NESC
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Representações Sociais da Leishmaniose Tegumentar Americana: um estudo etnográfico

Edilene de Melo Silva

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública junto ao Curso de Pós-Graduação *stricto sensu* NESC/CPqAM/FIOCRUZ, sob a orientação da Profa. Dra. Constança Simões Barbosa.

Recife, 2001

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA - NESC
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

**Representações Sociais da Leishmaniose Tegumentar
Americana: um estudo etnográfico**

Edilene de Melo Silva

Defesa de Dissertação

Data: 29/03/2001

Horário: 14h 30 m

Local: Sala 03 - NESC

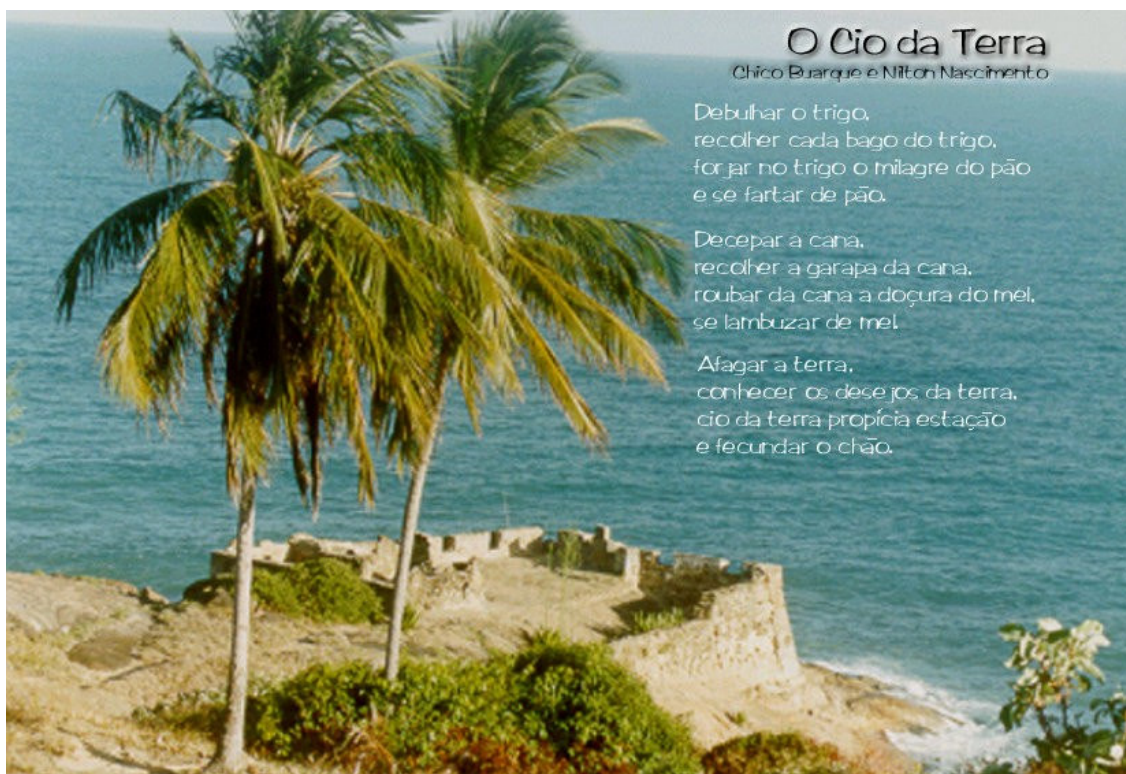
Banca Examinadora

Prof. Dr. Eduardo Freese de Carvalho

Prof. Dr. Russel Parry Scott

Profa. Constança Simões Barbosa (Orientadora)

Foto: Ruínas do Forte Castelo do Mar



O Cio da Terra

Chico Buarque e Nilton Nascimento

Debulhar o trigo,
recolher cada bago do trigo,
forjar no trigo o milagre do pão
e se fartar de pão.

Decepar a cana,
recolher a garapa da cana,
roubar da cana a doçura do mel,
se lambuzar de mel.

Afagar a terra,
conhecer os desejos da terra,
cio da terra propícia estação
e fecundar o chão.

AGRADECIMENTOS

À minha família, por ter me permitido gestar no seio da nossa convivência, as raízes primitivas deste estudo. Especialmente a minha irmã Maria de Lourdes e meu sobrinho Marques Severino, por terem me apoiado no processo de sua elaboração.

A FIOCRUZ, CPqAM, professores e funcionários do NESC, por estarem me proporcionando ao longo dos anos uma formação sólida em saúde coletiva.

À Profa. Dra. Constança Simões Barbosa, pela orientação, afeto e estímulo.

Aos Professores Doutores Eduardo Freese de Carvalho e Russel Parry Scott, por terem aceitado o convite para participar da Banca Examinadora.

À comunidade de Pirama, especialmente os entrevistados, pela confiança e carinho com que me abriram suas intimidades.

À equipe do PSC - Pirapama, especialmente a enfermeira Flávia Novaes, pela acolhida afetiva e colaboração.

Aos amigos, companheiros de jornada. Agradecimentos especiais àqueles que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho: Cecile, Clóvis, Catia Maria, Carol, Darlan, Enide, Eduardo, Eduarda, Fátima, Fernanda, Heleny, Ivanluza, Joseane, Mércia, Merrem, Paula, Ronaldo, Verônica, Zuleide e tantos outros que não foram citados, mas foram importantes nesta “gestação”.

Ao meu sobrinho Edson Manfred, pela habilidade técnica que enriqueceu a expressão gráfica do conteúdo e ao amigo Daniel pela competente e valiosa contribuição em informática.

À Vera Palha e Osmar Freitas, por inspirarem confiança e me encorajarem a realizar uma profunda viagem ao meu mundo subjetivo, encarando velhos fantasmas e dando-lhes novos significados.

Aos meus pais *in memórian*, pelo amor, dedicação e sistema de valores que me deixaram de herança.

Dedicatória especial a minha mãe, Maria Rocha de Melo, que não teve a oportunidade de partilhar da minha alegria de concluir o Mestrado, mas deixou para sempre em minha vida, sua marca de amor, fé, esperança e compreensão.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

APAs – Áreas Político-Administrativas

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

COPERBO – Companhia Pernambucana de Borracha

CPQAM – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

FNS – Fundação Nacional de Saúde

FSESP – Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública

INs – Instrução Normativa

LTA – Leishmaniose Tegumentar Americana

NESC – Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva

NOBs – Norma Operacional Básica

ONU – Organização das Nações Unidas

PSC – Programa Saúde em Casa

PSF – Programa Saúde da Família

RMR – Região Metropolitana do Recife

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUCAM – Superintendência de Campanhas de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

RESUMO

Ao abordar o processo saúde-doença numa perspectiva biologicista, os Programas de Controle das Endemias no Brasil não incorporam a rede de representações sociais das populações afetadas. Estudos de cunho antropológico têm explicitado o papel destas representações na constituição de comportamentos sanitários. Entre as doenças endêmicas que têm apresentado resistência ao controle/erradicação, encontramos a leishmaniose tegumentar americana – LTA, que constitui-se em um grave problema do ponto de vista humano, social e econômico. Tendo em vista nossa inserção social numa região endêmica para esta doença, buscamos conhecer as representações sociais da LTA na comunidade de Pirapama, localizada em Cabo de Santo Agostinho, região da Mata Sul de Pernambuco – Brasil, partindo do pressuposto que estas representações se constroem a partir dos processos de reprodução social e, em consonância com a ordem institucional mais ampla. Em face da natureza subjetiva do fenômeno que nos dispomos a investigar, realizamos uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório. A amostra foi constituída a partir de portadores da LTA sob tratamento e acompanhamento do Programa Saúde em Casa e de seus familiares. As informações foram obtidas através de entrevistas semi-estruturadas e observação participante. Os elementos simbólicos encontrados nos resultados nos reportaram, sobretudo, à batalha pela sobrevivência historicamente vivenciada por esta comunidade, sendo a luta travada com a *saramorreu* – como é localmente chamada a leishmaniose tegumentar americana – uma das formas como esta é representada e subjetivamente expressa.

PALAVRAS-CHAVE: endemia, leishmaniose tegumentar americana e representações sociais.

ABSTRACT

In approaching the health-disease process from a biological perspective, Endemic Control Programmes in Brazil fail to include the network of social representations among the populations affected. Studies of an anthropological nature have clarified the role of these representations in the constitution of sanitation-related behaviours. Among the endemic diseases which have shown resistance to control/eradication is cutaneous leishmaniasis - CL, which constitutes a serious problem from the human, social and economic point of view. Bearing in mind our social embedding within a region in which this disease is endemic, it was sought to understand its social representations in the community of Pirapama, located in Cabo de Santo Agostinho, in the Mata Sul region of Pernambuco State – Brazil. The starting point was the assumption that these representations are built up through the processes of social reproduction in consonance with the broader institutional order. Given the subjective nature of the phenomenon to be investigated, a qualitative exploratory study was carried out. The sample was composed of CL victims undergoing treatment and monitoring through the Saúde em Casa (Health at Home) Programme and their relatives. The data were obtained through semi-structured interviews and participant observation. The symbolic elements found in the results revealed, principally, the battle for survival historically experienced by this community, that is the struggle fought against *saramorreu* (“if you get better, you’ll die”) – as cutaneous leishmaniasis is locally called – one of the forms in which this is represented and subjectively expressed.

KEYWORDS: endemic, cutaneous leishmaniasis and social representations.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
CAPÍTULO 1	14
1. INTRODUÇÃO	15
1.1. Considerações sobre a política de saúde e o controle das endemias no Brasil	15
1.2. Aspectos clínicos, epidemiológicos e psico-sociais da Leishmaniose Tegumentar Americana - LTA	21
1.3. Objetivos	27
1.4. Bases conceituais	28
1.4.1. Universo simbólico e representações sociais	28
1.4.2. Saberes e poderes	35
1.5. A interdisciplinaridade como exercício de aproximação do "real"	38
1.6. Formação sócio-cultural dos trabalhadores da zona canavieira de Pernambuco	40
1.7. Cabo de Santo Agostinho: um cenário de contrastes e contradições	45
1.7.1. Caracterização dos serviços de saúde	50
CAPÍTULO 2	54
2. METODOLOGIA	55
2.1. O desenho do estudo	55
2.2. A escolha da localidade	55
2.3. A escolha dos informantes	56
2.4. Técnicas e instrumentos metodológicos	57
2.4.1. A entrevista	58
2.4.2. A observação participante	59
2.4.3. Consulta a documentos	60
2.5. O tratamento do material	60
CAPÍTULO 3	65
3. RESULTADOS	67
3.1. Um olhar sobre o cotidiano de Pirapama	67
3.2. Representações sobre saber científico e saber empírico	76
3.3. Representações sobre saúde e doença	79

3.4. Diagnóstico popular de LTA	80
3.5. Etiologia popular da Leishmaniose	86
3.6. Itinerário Terapêutico	90
3.7. Prevenção	101
3.8. Representações sobre cura da leishmaniose e eficiência das terapêuticas utilizadas	104
3.9. Epidemiologia popular da leishmaniose	107
3.10 Impacto psico-social da doença	108
CAPÍTULO 4	112
4. DISCUSSÃO	113
4.1. SARAMORREU: re-significando antigas batalhas	114
4.2. Representações sociais da leishmaniose tegumentar e os espaços de produção do saber	120
CAPÍTULO 5	131
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	132
5.1. SUS: avanços e desafios	133
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	137
ANEXOS	142
- Roteiro temático para as entrevistas com os informantes da comunidade	

APRESENTAÇÃO

Este estudo tem algumas raízes em um acertado movimento “migratório”.

Logo que conclui a graduação em psicologia, iniciei minhas atividades profissionais como psicoterapeuta. Apesar de ser apaixonada pela clínica, sempre estava às voltas com os seus limites em relação aos processos sociais mais amplos.

Em 1993, tendo sido aprovada no concurso público da Fundação de Saúde Amaury de Medeiros – FUSAM, fui trabalhar no ambulatório do Hospital Getúlio Vargas, onde tiveram início minhas primeiras inquietações sobre os processos de trabalho e desencontros na relação serviço-usuário.

Nesta ocasião, fui motivada a fazer Residência em Saúde Pública no Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva - NESC/CPQAM/FIOCRUZ, onde o interesse por planejamento e gestão de serviços foi despertado, provavelmente sob influência do entusiasmo com que os professores José Luiz, Iana Passos e Vanda de Aquino, ministravam estas disciplinas.

As primeiras experiências nesta área aconteceram logo após a conclusão do referido curso, quando fui convidada a trabalhar na Diretoria de Planejamento da Secretaria Estadual de Saúde – SES.

Contudo, meu interesse pelas questões da subjetividade e relações humanas, esteve sempre presente, expressando-se mais uma vez, através do Projeto de Pesquisa com o qual fui aprovada na Residência, intitulado “*Práticas cotidianas dos trabalhadores da saúde e institucionalização dos princípios constitucionais do SUS*”.

Este fato foi se consolidando por ocasião do meu ingresso na equipe do Programa de Educação Continuada da Secretaria Municipal de Saúde do Cabo de Santo Agostinho, em 1997, quando tive acesso e pude refletir sobre os mais diversos níveis de dificuldades, enfrentados pelos profissionais do Programa Saúde em Casa – PSC¹, nas suas relações com a comunidade e com a equipe gestora.

¹ Como é localmente chamado o Programa Saúde da Família – PSF.

Foi, sem dúvida, um dos momentos mais ricos da minha prática profissional. Não obstante o pouco tempo que oficialmente dispúnhamos para planejar e avaliar este Projeto, eu, Merrem e Heleny, amigos e companheiros de trabalho, sempre encontrávamos um jeito de discutir este processo. Tivemos a oportunidade de viver junto às equipes do PSC, momentos de muito calor humano e riqueza profissional. Tendo sido este trabalho, por questões conjunturais, provisoriamente interrompido, em dezembro de 1999, aproveitei a oportunidade para dedicar-me a outras atividades.

Ingressei então no Mestrado, com o desejo de realizar uma avaliação deste processo do ponto de vista dos usuários. Neste momento, a abordagem qualitativa de pesquisa já havia se configurado para mim, como a possibilidade de conciliar esses campos de interesse e o meu perfil pessoal e profissional. Foi quando, por questões institucionais, um estudo sobre representações sociais da leishmaniose, surgiu como a possibilidade concreta de viabilizar o meu desejo.

Como era de se esperar, este documento carrega um forte viés desta migração do meu pensamento e prática profissional, por áreas de interesses e campos profissionais distintos. E por mais inquietante que isto pareça, me tranqüilizo, acreditando que ainda tenho um longo caminho a percorrer e, quem sabe, por ter andado por percursos diversos, estarei mais adiante habilitada para, de um determinado lugar, ser flexível com a diversidade de olhares e pontos de vista.

Feito estas considerações, que teve como intuito situar o leitor sobre o contexto em que este estudo foi realizado, a seguir apresento alguns aspectos gráficos e de conteúdo deste documento.

No capítulo 1, fizemos uma breve introdução sobre a evolução das políticas públicas e o controle das endemias no Brasil, seguida de uma discussão sobre os aspectos clínicos, epidemiológicos e sociais da leishmaniose tegumentar americana – LTA, que fazem desta doença um grave problema de saúde do ponto de vista humano, social e econômico e que se configurou para nós, como uma questão relevante a ser estudada. Fazemos também uma breve discussão sobre a teoria das representações sociais, bem

como levantamos alguns aspectos da formação sócio-cultural dos trabalhadores da zona canavieira de Pernambuco, salientando algumas características da localidade de estudo.

No capítulo 2, apresentamos de forma sucinta alguns princípios e passos metodológicos que orientaram a realização do trabalho de campo e a análise do material.

No capítulo 3, tentamos descrever alguns aspectos do cotidiano de Pirapama que particularmente nos chamou atenção, para em seguida apresentar os resultados sistematizados através de algumas categorias de análises.

Por questões de método, a discussão dos resultados foi feita em separada, no capítulo 4, onde realizamos um recorte possível, tendo em vista as bases teóricas e práticas em que o estudo foi configurado.

Uma vez que, o incipiente diálogo entre os saberes técnico e popular, foi um dos aspectos mais evidenciados no estudo, no capítulo 5, tecemos algumas considerações em torno da necessidade de redirecionar as práticas nos serviços de saúde e como a questão da formação de recursos humanos passa a ser um complexo desafio a ser enfrentado, sem o qual não será possível construir novos arranjos institucionais, que possibilitem a realização da missão institucional do SUS.

Ao concluir esta apresentação, vem à mente a primeira página do meu Diário de Campo, que a seguir compartilho uma parte com o leitor.

Hoje são 25 de maio de 2000, 7:00 horas. Quanta emoção! (...) depois das últimas semanas quando quis desistir de tudo, estou iniciando com todo entusiasmo meu trabalho etnográfico. Num raio de iluminação, como o que cegou Paulo a caminho de Damasco, reconheço agora em tudo isso a “trilha dos heróis”, na qual, no dizer de Joseph Campbell, temos necessariamente que descer aos infernos do mundo subjetivo para receber a Dádiva, a Pedra Filosofal, prêmio daqueles que têm coragem de construir a própria história e marcar com ela a evolução de toda humanidade. Agradeço as forças espirituais que costumo chamar em minhas orações de Deus, Jesus, Nossa Senhora, Anjos e Santos, Mãe... Estas forças, que se fizeram presentes através de gestos, palavras, atitudes, situações e pessoas que vieram ao meu encontro quando estava frágil, me pondo em contato com novos elementos que indicavam a trilha. Um Obrigado especial ao mestre Abel, que num momento divinamente humano, quando celebrávamos o fechamento de um ciclo vital da querida e inesquecível, Vanda Aquino, ouviu o meu tímido apelo e me deu alguns “mapas” para que eu pudesse me situar nessa trajetória que a cada dia recomeça. Isso é a vida e a infinita criação do mundo! Agora devo ir... “Pirapama” (campo) e Flávia (enfermeira do PSC) me esperam.

(Página do Diário de Campo)

CAPÍTULO 1

Diego não conhecia o mar. O pai, Santiago Kovadloff, o levou para que descobrisse o mar.

Viajaram para o Sul.

Ele, o mar, estava do outro lado das dunas altas, esperando.

Quando o menino e o pai enfim alcançaram aquelas alturas de areia, depois de muito caminhar, o mar estava na frente de seus olhos. E foi tanta a imensidão do mar, e tanto seu fulgor, que o menino ficou mudo de beleza.

E quando finalmente conseguiu falar, tremendo, gaguejando, pediu ao pai: - *Me ajuda a olhar!*

(A função da arte / 1. Livro dos Abraços de Eduardo Galeano)

1. INTRODUÇÃO

1.1. Considerações sobre a política de saúde e o controle das endemias no Brasil.

As políticas de saúde no Brasil surgem no início do século vinte a partir de estratégias econômicas de sanear os corredores de agro-exportação, e se consolidam inicialmente em torno do controle das endemias.

A organização sanitária vigente se configura em torno de uma lógica de intervenção campanhista, fragmentada, descontínua, que se propunha erradicar doenças como malária, febre amarela, esquistossomose e outras, de alta morbidade e/ou mortalidade, que comprometiam o comércio exterior, a ampliação de nossas fronteiras internas e a produção de bens e serviços.

Este modelo, estratégico para o desenvolvimento da agro-exportação e industrialização emergentes, se baseava numa concepção biologicista² do processo saúde-doença e numa lógica de intervenção autoritária, centralizada e verticalizada³ (Freese, 1996, p. 2; Barbosa, 1996, p. 24).

Como resultado encontramos um modelo de planejamento das ações de saúde distanciado das necessidades locais, bem como uma cultura institucional hierarquizada e autoritária que, em efeito dominó, acabaram por se estender na relação entre os profissionais de saúde, e destes, com a população.

O controle das endemias – de responsabilidade por várias décadas da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública – FSESP e a Superintendência de Campanhas de Saúde – SUCAM, hoje Fundação Nacional de Saúde – FNS, inicialmente era realizado prioritariamente na zona rural, através da ação dos guardas sanitários que, através do poder de polícia, pretendiam implementar normatizações sanitárias e, a partir do emprego de tecnologias, como o uso de veneno, eliminar os vetores transmissores dessas doenças.

² Explicação do processo saúde-doença baseada na ação de microrganismos, sem considerar os determinantes sociais, econômicos e culturais.

³ Abordagem das doenças de forma pontual e isolada, através de programas instituídos pelo Ministério da Saúde, desconsiderando as necessidades locais de saúde e os processos de determinação social na produção das doenças.

As concepções pedagógicas que orientavam essas ações – ajustadas aos objetivos políticos e econômicos vigentes – eram arcaicas e não críticas. O indivíduo, considerado como ignorante e destituído de qualquer papel na produção do saber, resultando no estabelecimento de relações de poder e saber desiguais, impregnadas de “arrogância cognitiva” e desvalorização dos valores e sentimentos das pessoas. “Este projeto educativo fragilizou os indivíduos, sua auto-estima, seu potencial criativo, seu poder pessoal de tomar iniciativas e decisões, sobretudo, na esfera coletiva” (Oliveira, 2001 p. 35).⁴

A autora chama atenção para elementos da cultura popular, que provavelmente expressam este período das práticas sanitárias no Brasil, profundamente marcado por estas concepções pedagógicas ela, tais como, “os papa-figos (...) que vinham aos velórios retirar amostras de fígados das pessoas suspeitas de morrer pela febre amarela, causando choques culturais e pavor nas pessoas”. (Oliveira, 1999, p. 6).

Em que pese o sucesso dessas ações – se relacionadas aos objetivos propostos à época – não foram capazes de alterar o processo de produção de doenças, e o que se observa é o agravamento do perfil clínico-epidemiológico do país (Coura-Filho, 1996, p. 465).

De acordo com Freese et al “a expansão e persistência de determinadas epidemias e endemias (Esquistossomose, Cólera, Malária, Leishmaniose, Dengue, etc.) para as quais se dispõe a várias décadas de tratamento e de soluções tecnológicas, depõem contra um definido processo de transição” (Freese, 1998, p. 118).⁵

⁴ Segundo a autora, este processo educativo se aproximou do Modelo de Violência Simbólica. “A teoria do sistema de ensino enquanto violência simbólica, elaborada por Bourdieu & Passeron, se baseia no princípio de que a estrutura social decorrente das relações de forças materiais (econômicas), se converte em valores simbólicos com o objetivo de reproduzir e legitimar o sistema de dominação. A educação agiria como instrumento de dominação cultural, configurando-se a violência simbólica. Esta violência simbólica manifesta-se de diversas formas. No ensino formal aparece na ação pedagógica de inculcação da cultura legítima e de reprodução da estrutura produtiva. Essa ação pedagógica consegue romper os muros da escola, exercendo seu papel externo de inculcação. Os marginais são as classes dominadas por não estarem dotadas de forças material e simbólica” (Oliveira, 2001, p.39).

⁵ De acordo com estes autores, diferentemente da transição epidemiológica ocorrida nos países de primeiro mundo, na primeira metade do século XX, quando as doenças infecciosas e parasitárias foram erradicadas e/ou controladas em paralelo com o aumento das doenças crônicas e degenerativas, “possivelmente estamos diante de um *novo padrão epidemiológico*. Neste se acoplam aos ainda elevados índices de doenças infecciosas e parasitárias (endêmicas/ epidêmicas) e das enfermidades crônicas e degenerativas, as chamadas enfermidades ‘emergentes e reemergentes’ conformando um perfil

Desta forma, as endemias voltaram a ser alvo da atenção, passando a ser prioridade na agenda das políticas públicas, pelos custos econômicos e sociais oriundos do seu descontrole.

Nas últimas décadas vários movimentos, sobretudo na América Latina e no Brasil, têm confluído para a consolidação de novos paradigmas no campo da saúde que avançam na compreensão e na abordagem do processo saúde-doença.

A estratégia de saúde para todos da Organização Mundial de Saúde que culminou na Conferência de Alma-Ata, em 1978, associa questões como pobreza, dependência econômica e justiça social a níveis de saúde. Essa mudança de paradigma, que reflete os novos anseios dessas populações de melhorar as condições de vida e fortalecer a cidadania, através da participação política e social, resulta em impacto na atenção primária à saúde.

No Brasil, os movimentos comunitários da década de setenta, especialmente os movimentos eclesiais de base, organizados pela ala progressista da igreja católica, foram expressão concreta das novas concepções políticas e pedagógicas que se forjavam, inspiradas na fecunda produção de intelectuais como Paulo Freire⁶, contribuindo no período de efervescência da ditadura militar, com o processo de abertura política do país.

As propostas de reformulação do modelo de atenção à saúde que se concentravam em torno do movimento da reforma sanitária, são instituídas em 1988, pela Constituição Federal, com a criação do Sistema Único de Saúde - SUS, a partir de um “importante deslocamento teórico conceitual do tema ‘Saúde’ de um campo estritamente biológico para o campo político e histórico

epidemiológico altamente complexo e heterogêneo, que apresenta características e contradições singulares, quando comparados no contexto global / internacional” (Freese, 1998, p. 109).

⁶ Para Paulo Freire “a educação é concebida como um processo crítico de tomada de consciência que se dá através da reflexão crítica de sua realidade, do seu processo histórico, de suas contradições sociais e a relação entre poder e saber. Desta forma, a educação pode ser percebida enquanto um ato político” (Oliveira, 1999, p. 8).

da construção dos direitos” (Bosi, 1994, p. 446).⁷

A saúde passa então a ser considerada um bem comum e um componente do exercício da cidadania e da qualidade de vida, “no sentido de que cada um e todos possam ter assegurado o exercício e a prática deste direito à saúde, a partir da aplicação de toda riqueza disponível, conhecimentos e tecnologia que a sociedade desenvolveu e vem desenvolvendo neste campo, adequados às suas necessidades, envolvendo promoção e proteção da saúde; prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças” (Almeida et al, 2002).

Incorporando o paradigma da promoção da saúde, a legislação define como princípios e diretrizes do SUS a universalização, a equidade e a integralidade das ações, bem como a descentralização política e gerencial dos serviços, com direção única em cada esfera de governo e o controle popular do sistema (Brasil, 1990; Brasil, 1995).⁸

A partir de então, a construção de uma nova institucionalidade e produção de serviços para além dos modelos médico-hegemônico e burocrático-sanitário, vêm se constituindo um desafio para gestores e profissionais de saúde.

A rede básica, entendida como um espaço de trabalho em saúde e não necessariamente um espaço físico, aparece como um “lugar” privilegiado para efetivação destas novas práticas, por possibilitar um “menor aprisionamento de suas ações a um processo de trabalho médico-restrito, ou mesmo circunscrito no tempo e no evento, podendo abrir-se, portanto, às mais distintas alternativas de constituição de novos formatos de produção das ações de saúde” (Merhy, 1997).

Nesta perspectiva, o Programa Saúde da Família – PSF, que

⁷ No campo teórico, compondo este cenário de transformações, encontramos importantes contribuições da epidemiologia, que evoluiu nas últimas décadas no sentido de incorporar determinantes sociais, econômicos e culturais, para uma compreensão interdisciplinar do processo saúde-doença.

⁸ A proposta organizativa do SUS é a implantação de Sistemas de Saúde Municipais, articulados regionalmente, num processo de negociação permanente entre os níveis de governo municipal, estadual e federal, com a participação e controle social, tendo com objetivo último elevar os níveis de qualidade de vida, impactando conseqüentemente no processo saúde-doença e determinantes das condições de saúde da população da região e/ou distrito sanitário. A descentralização entendida nesta ótica implica não apenas descentralizar o ‘poder de fazer’, mas também o de mudar a ‘lógica’ e a ‘prática’ do sistema, buscando novos Modelos de Atenção e de Gestão”. (Almeida et al, 2002).

originariamente apoiou-se em diversas experiências internacionais com aspectos semelhantes, é adotado pelo Ministério da Saúde como uma proposta substitutiva ao modelo de atenção vigente.

Este programa, caracterizado como uma estratégia que possibilita a integração e organização das atividades em um território definido, dirigidas prioritariamente ao grupo familiar, sob um enfoque multidisciplinar e de promoção à saúde, é progressivamente incorporado por diversos municípios do país, revestindo-se de características específicas a partir das distintas realidades locais.⁹

No que concerne às endemias, a legislação vigente também transferiu para os municípios a responsabilidade do planejamento, execução e gestão das ações de controle, com coordenação nos níveis nacional, regional e estadual.¹⁰ Observa-se, porém, no cotidiano dos serviços, que ainda predomina a centralização e verticalização que caracterizou ao longo de décadas os programas de controle das endemias no Brasil (Freese, 1996, p. 2; Barbosa, 1996, p. 24).

São de várias ordens os entraves à consolidação de práticas que traduzam os avanços teóricos e jurídico-institucionais no campo da saúde, em uma mudança efetiva no perfil sanitário da população.

O modelo neoliberal de desenvolvimento que defende a minimização do Estado, tem aprofundado as desigualdades sociais e imposto severas restrições à implementação das políticas sociais e econômicas previstas na Constituição para “redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1995).

A legislação avança e retrocede no que diz respeito à descentralização

⁹ As diretrizes operacionais de implantação deste Programa se baseiam em critérios técnicos. A descrição da clientela, cadastramento, instalação das unidades de saúde da família, composição das equipes e o planejamento das atividades, são definidas a partir de indicadores epidemiológicos e sócio-econômicos.

¹⁰ As Normas Operacionais Básicas - NOBs/SUS e as Instruções Normativas - INs são os instrumentos legais que, respectivamente, regulamentam e disciplinam o processo de descentralização das ações e serviços de saúde na perspectiva de institucionalização do SUS. As mais importantes foram as NOB-SUS/96, que avança especialmente no que diz respeito a caracterização da responsabilidade sanitária de cada gestor e na definição de mecanismos de financiamento das ações e serviços de saúde, e a NOAS-SUS 01/2001 que cria mecanismos para fortalecimento do processo de regionalização da assistência e da capacidade de gestão do SUS (BRASIL, Ministério da Saúde, 1996; BRASIL, Ministério da Saúde, 2001).

das ações e serviços de saúde. Propõe mecanismos que pretendem caracterizar a responsabilidade sanitária de cada gestor, criar vínculo entre o cidadão e o SUS, enfim, mecanismos que possibilitem a implementação dos princípios e diretrizes constitucionais, mas efetivamente oferece aos municípios apoio técnico e financeiro insuficiente.

Por outro lado, as estruturas tradicionais herdadas pelo SUS não favorecem sua implementação. As práticas cotidianas desenvolvidas no seu âmbito ainda são predominantemente baseadas nos marcos conceituais e filosóficos reducionistas que deram origem às políticas públicas no Brasil.

Sendo a descentralização um processo que envolve dimensões sociais, políticas, econômicas, ideológicas e culturais, os gestores locais de saúde se deparam com a falta de estrutura organizacional, de recursos financeiros, de um saber fazer coerente com as necessidades dos usuários, falta de isonomia salarial, disputa de poderes entre instâncias governamentais historicamente responsáveis por determinados trabalhos, enfim, os entraves que vem caracterizando a reforma do Estado brasileiro.

A população, que neste novo modelo deixa de ser apenas um usuário do sistema para ser também responsável por ele, não tem conseguido de fato estabelecer um diálogo com os serviços, ocupar os espaços formais de participação e exercer o controle social. Assim, se vê dependente de um sistema que legalmente se propõe a atender as suas necessidades de saúde, mas por outro lado, não é capaz muitas vezes de atender sequer sua necessidade de acolhimento.

Considerando então, as necessidades de saúde que se apresentam à nossa época, resultantes das complexas transformações por quais passam o Brasil e o mundo neste final e início de século, novos e grandes desafios se impõem. Entre estes, a implantação de um modelo de desenvolvimento que diminua as desigualdades sociais e garanta à maioria da população do país, a melhoria das condições de vida, e no campo da saúde, a construção de modelos de gestão e de relacionamentos entre gestores, trabalhadores e usuários, orientados pela ética da valorização do humano.

1.2. Aspectos clínicos, epidemiológicos e psico-sociais da a *Leishmaniose Tegumentar Americana* (LTA).

Entre os graves problemas de saúde que acometem a população brasileira e de alguns países da América Latina, encontra-se a *leishmaniose tegumentar americana* – LTA, doença causada por um parasito do gênero *leishmania*, que se constitui atualmente em uma das afecções dermatológicas mais importantes em nosso país (BRASIL. Ministério da Saúde, 1998).



É uma zoonose que tem como reservatório primário animais silvestres, e sua transmissão se dá através de certas espécies de flebotomíneos, ainda pouco conhecidos, encontrados principalmente em lugares úmidos, escuros e cobertos por vegetação. As populações resi-

dententes em locais próximos as matas estão mais expostas aos riscos de contrair a doença.

Por apresentar, em cada área geográfica, características clínicas e epidemiológicas diversas, a leishmaniose é descrita em quatro grupos: *leishmaniose cutânea*, que produz lesões cutâneas, ulcerosas ou não; *leishmaniose cutânea-mucosa* ou *mucocutânea*, forma que se complica com o aparecimento de lesões destrutivas nas mucosas do nariz, boca e faringe; *leishmaniose visceral ou calazar*, em que os parasitos apresentam acentuado tropismo pelo baço, fígado, medula óssea e tecidos linfóides e *leishmaniose cutânea difusa*, forma disseminada que se apresenta em indivíduos anérgicos ou, tardiamente em pacientes que haviam se tratado de calazar (Rey, 1991, p. 182).

A leishmaniose tegumentar americana - denominação usual para as formas cutâneas - é representada de várias formas e recebe também vários nomes, tais como: Leishmaniose Brasiliensis, Úlcera de Bauru, Botão da Bahia, Nariz de Tapir, Ferida Brava, Úlcera das Matas, entre outros (Brasil, Ministério

da Saúde, 1996).

Sua forma clínica mais comum é uma lesão ulcerada com bordas elevadas, em moldura. O fundo é granuloso, com ou sem exsudação. Em geral, são indolores. Observa-se também a forma úlcero-crostosa, impetigóide, eclimatóide, úlcero-vegetante, verrucosa, tuberosa, liquenóide e outras (BRASIL. Ministério da Saúde, 1998).



A droga de primeira escolha para seu tratamento é o *Antimoniato de N-metil Glucamina* (Glucantime), indicada para todas as formas de leishmaniose tegumentar. Na falência da mesma, podem ser utilizados antibióticos como, a Anfotericina B ou Rifampicina. “Em vista do caráter insatisfatório das drogas atualmente em uso e do fato de algumas estirpes do parasito serem mais ou menos resistentes a esses produtos, continuam as pesquisas sobre novos agentes terapêuticos” (Rey, 1991, p. 198).

O tratamento é longo e doloroso, se fazendo em **três séries**, de vinte dias cada, sendo aplicadas duas ampolas/dia para pacientes acima de 12 anos. Tendo em vista o grau de toxicidade da medicação, após o termino de cada série, o paciente deverá descansar 10 dias antes do reinício do tratamento, sendo suspensa caso apresente efeitos colaterais (Brasil. Ministério da Saúde, 1996).

As medidas de controle orientadas pelo Ministério da Saúde são: a aplicação de inseticida; medidas de proteção individual (uso de repelentes, calças compridas, sapatos, etc); educação da comunidade e medidas administrativas, tais como, definição de responsabilidade das instituições de saúde nos diferentes níveis e distribuição de insumos (Brasil. Ministério da Saúde, 1998).

Ainda de acordo com Rey (1991, p.198), a Leishmaniose Tegumentar Americana é autóctone do Novo Mundo, presente sobretudo nas regiões mais quentes. Sua distribuição compreende todo o território brasileiro, particularmente a Amazônia e as áreas florestais adjacentes dos países vizinhos: Venezuela, Colômbia, Equador, Peru, Bolívia e Paraguai, tendo sido descrita também em Costa Rica e Guatemala.

De acordo com dados da FNS, o Brasil apresenta alta incidência de leishmaniose tegumentar, com complicadores de ordem histórica-social-econômica-política e cultural para sua erradicação. Em 1995 foram notificados 35.644 casos com coeficiente de incidência de 22.81 por 100.000 habitantes.

Sua incidência é particularmente elevada, nas zonas rurais das regiões Norte e Nordeste, sobretudo em áreas de colonização antiga, sendo considerada como doença ligada à atividade laboral do homem no campo, cuja sobrevivência depende da monocultura da cana-de-açúcar. Constitui-se, portanto, uma séria ameaça ao desempenho do trabalhador rural que, uma vez acometido pela doença, seja por ulcerações únicas ou múltiplas, fica impossibilitado de exercer suas atividades diárias.

No Nordeste do Brasil a Leishmaniose Tegumentar tem mostrado caráter endêmico em áreas que vêm sendo ocupadas por agricultores onde persistem matas residuais com modificações acentuadas. A infecção tem atingido, sobretudo, adultos do sexo masculino, mas também vem sendo constatada em mulheres e crianças e por vezes em diversos componentes da mesma família.

Sessa, Falqueto & Varejão (1994) buscaram através de estudo de caso-controle, testar as evidências de que os animais domésticos servem de fonte de infecção para o homem, tendo em vista as características epidemiológicas diferentes do padrão clássico de transmissão silvestre, registrada em diversas áreas de colonização antiga em nosso país. Partindo do princípio que cães doentes constituiriam fator de risco para a população, tentaram controlar a transmissão do parasita ao homem tratando estes animais com Glucantime, em áreas endêmicas distintas. No final, não encontraram diferença estatisticamente significativa entre as áreas estudadas, apesar de verificarem

que o número de novas infecções foi maior na área-controle, onde os cães permaneceram sem tratamento, refletindo assim, as dificuldades diversas para se obter conclusões mais definitivas sobre o papel dos cães na transmissão domiciliar.

De acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde do Cabo de Santo Agostinho, em 1999 foram registrados 139 casos de leishmaniose tegumentar americana neste município. Neste mesmo ano, a distribuição dos casos segundo zona de residência, se deu numa proporção de 4% para a zona urbana e 96% para a Zona rural.

No engenho Pirapama, para uma população de 3.007 pessoas cadastradas¹¹, 42 têm ou tiveram diagnósticos clínicos e/ou laboratoriais de Leishmaniose Tegumentar nos últimos anos. Em 1999 foram diagnosticados 19 casos, representando 13,01 % do total de casos notificados no município.

Sua importância epidemiológica está alicerçada na prevalência e nos diferentes quadros clínicos, que podem evoluir para mutilações severas e/ou permanentes. Os edemas, infecções inestéticas e invalidantes, além de afetar a saúde do indivíduo, cria um problema social pela exclusão do doente dos meios de produção que garantem o sustento da família e pelo “estigma da ferida” que marca e segrega os indivíduos do convívio social.

Partido de considerações em torno da importância social conferida ao corpo e as implicações da lesão leishmaniótica para imagem corporal do portador, e para seus relacionamentos, Costa et al (1987), em estudo realizado em área endêmica de Leishmaniose Tegumentar no interior da Bahia, constata transtornos psicológicos e sociais vivido por pacientes que desenvolveram essa doença em sua forma grave, que vão desde dificuldades de relacionamento com o sexo oposto à completa marginalização pela comunidade.

Estes autores chamam atenção à “urgência de medidas profiláticas, que evitem doenças graves como a leishmaniose, a hanseníase e doença de

¹¹ O Ministério da Saúde recomenda que uma equipe do PSF seja responsável por uma área onde residam de 600 a 1000 famílias, com o limite máximo de 4.500 habitantes. “Este critério deve ser flexibilizado em razão da diversidade sociopolítica e econômica das regiões, levando-se em conta fatores como densidade populacional e acessibilidade aos serviços, além de outros considerados como relevância local” (BRASIL, Ministério da Saúde, 1997, P.12). Devido às distâncias entre os sítios, o número de pessoas cadastradas do PSC do engenho Pirapama tem sido uma queixa freqüente da equipe.

chagas, cujas seqüelas físicas, psicológicas e sociais, transformam sobremaneira a vida de seus portadores” (Costa et al, 1987, p. 81).

Também se constituiu um problema sério do ponto de vista econômico na medida em que são altos os gastos para implementar, muitas vezes sem sucesso, seu controle. Um dos fatores primordiais que concorre para esta ineficiência, está relacionado ao fato dos programas de controle das leishmanioses operacionalizados pelos diversos sistemas locais de saúde, terem sido concebidos dentro dos marcos conceituais e a mesma lógica estrita que caracterizam os programas de controle das endemias no Brasil. Estes, não são resolutivos, em parte, porque não reconhecem ou não conseguem incorporar à abordagem do processo saúde-doença a rede de representações sociais engendradas na vivência cotidiana das populações afetadas.

Estando a noção saúde - doença intimamente vinculada ao tema existencial da vida e da morte, compreende-se que este fenômeno social possua um esquema interno de explicações que se constrói no cotidiano das pessoas a partir dos códigos de linguagens, determinando e sendo determinado dialeticamente pelo movimento social mais amplo. “A vida cotidiana é sobretudo a vida com a linguagem, e por meio dela, é que participo com meus semelhantes. A compreensão da linguagem é por isso essencial para minha compreensão da realidade da vida cotidiana” (Berger e Luckmann, 1998, p. 57).

As populações, no seu processo de reprodução social constroem, a partir do seu lugar no contexto social mais amplo, uma rede de relações que se cristalizam na construção de significados que dão sentido e “explicam” sua realidade social. Esta rede simbólica, socializada através dos processos de comunicação grupal, dar “significados socializados” à experiência singular de estar enfermo, gerando posturas e comportamentos relacionadas à vivência da enfermidade.

Historicamente a epidemiologia apresentou limites conceituais e metodológicos para explicar os processos de determinação da doença e das causas que mantêm os níveis endêmicos. Ao buscar desvendar aspectos diversos da constituição das subjetividades, a antropologia, psicologia,

psicanálise, a sociologia do conhecimento, entre outras, têm trazido importantes contribuições para o campo da saúde coletiva, ao trazer esclarecimentos quanto às bases do discurso das camadas populares sobre a saúde e a doença e suas implicações para a relação entre usuários e equipes de saúde.

Ao discutir o objeto de estudo da sociologia do conhecimento, Berger e Luckmann chamam atenção para os exageros e incompreensão da tradição intelectualista da nossa sociedade, e a necessidade de corrigir esse 'natural' engano dos teorizadores. "As formulações teóricas da realidade, quer sejam científicas ou filosóficas quer sejam até mitológicas, não esgotam o que é 'real' para os membros de uma sociedade. Sendo assim, a sociologia do conhecimento deve acima de tudo ocupar-se com o que os homens 'conhecem' como 'realidade' em sua vida cotidiana, vida não teórica ou pré-teórica. Em outras palavras, o 'conhecimento' do senso comum, e não as 'idéias', deve ser o foco central da sociologia do conhecimento. É precisamente este 'conhecimento' que constitui o tecido de significados sem o qual nenhuma sociedade poderia existir" (Berger e Luckmann, 1998, p. 29).

Nesta perspectiva, os estudos de cunho antropológico têm trazido importantes contribuições para uma abordagem interdisciplinar do processo saúde-doença. Os estudos etnográficos buscam compreender as culturas e os valores das populações estudadas, revelando sua lógica interna e suas racionalidades divergentes. "Esta abordagem crítica/metodológica procura conhecer as práticas e comportamentos de risco das populações das áreas endêmicas que têm uma história social e cultural compreendida dentro de um contexto econômico e político na qual foram construídas e condicionadas, em um mundo onde a ordem (ou a desordem) moral e política conseguiram aniquilar a ética entre as relações humanas" (Barbosa, 1996, p. 24).

Muito foi produzido nesta linha de pesquisa. Mas considerando que estamos pisando num terreno infundável, sobretudo por habitar um país de dimensões continentais, onde as diferenças regionais e locais demandam um "olhar" particular para suas formações históricas e sociais, há muito que se trazer à luz, sobre a percepção dessas populações sobre sua realidade.

Tendo em vista nossa inserção social numa região endêmica para a leishmaniose tegumentar americana, profundamente marcada pelas desigualdades sociais históricas, que tem alijado dos serviços públicos os contingentes populacionais mais pauperizados, nos interrogamos sobre quais são as representações sociais da leishmaniose tegumentar americana da comunidade de Pirapama? Ou seja, estamos interessados em saber qual o significado de estar saudável ou de estar enfermo nesta comunidade. Qual o significado de contrair a leishmaniose? Como explicam as causas da lesão? Como são tratados pela comunidade seus portadores? Como realizam o diagnóstico? Quais as medidas terapêuticas adotadas? Como se relacionam com o sistema de saúde oficial? E qual a relação destas concepções e práticas com suas condições de vida mais amplas? Na perspectiva de encontrarmos respostas para estas questões, que de alguma forma venham contribuir para construção de uma prática em saúde mais humanizada, é que este estudo foi realizado.

1.3. Objetivos.

Este estudo teve por objetivo conhecer as representações sociais relacionadas à leishmaniose tegumentar americana - LTA, da comunidade de Pirapama, entendidas de modo geral como conhecimentos, práticas e significados com relação a esta doença. Para tal, buscou conhecer seu contexto sócio-cultural bem como relacionar suas condições de vida a estas representações. Os resultados da pesquisa serão discutidos com gestores e técnicos do Programa de Controle da Leishmaniose do município do Cabo de Santo Agostinho, na perspectiva de trazer novos conhecimentos sobre a realidade local, que favoreça o controle descentralizado desta endemia.

1.4. Bases conceituais.

Estando o trabalho dentro dos marcos teórico-metodológicos da Pesquisa Qualitativa, que reconhece o caráter intrínseco e extrinsecamente ideológico da pesquisa social pela identidade entre sujeito e objeto, impõe-se desde o início a necessidade de que sejam demarcados os referenciais teórico-conceituais que vão nortear o “olhar” do pesquisador sobre a realidade (Minayo, 1999, p. 14).

Também pela natureza qualitativa de seu objeto, a construção do quadro teórico reveste-se de importância especial, sendo a coerência entre dado/teoria e o esmero na constituição ampliação e articulação do seu quadro teórico, que vão permitir ao pesquisador estabelecer perguntas fundamentais para compreensão da realidade empírica (Minayo, 1994, p. 96).

1.4.1. Universo simbólico e representações sociais.

Para compreender a teoria das representações sociais – conceito central neste estudo – faz-se necessário que se compreenda minimamente os complexos processos de produção simbólica, inerentes à condição humana, e presentes na relação do sujeito com o real.

De acordo com alguns teóricos da Psicologia do desenvolvimento e da Psicologia social, tais como, Piaget, Winnicott e Jovchelovitch, as raízes da atividade simbólica, estão profundamente radicadas no complexo desenvolvimento do Eu na criança, que funda sua condição verdadeiramente humana.

A saída processual do bebê, de uma posição de completa indiferenciação e dependência, para outra de reconhecimento do mundo externo e relativa autonomia do *Outro*, possibilita na criança a emergência do Eu relacional ou da capacidade para comunicação e, portanto, do símbolo, do pensamento, da linguagem e produções de sentidos. Esse processo se dá a partir das complexas relações entre o seu mundo subjetivo e as experiências

objetivas da vida cotidiana, e vai se consolidando com as atividades lúdicas do infante.

Para Jovchelovitch (2000, p. 73) “o aspecto fundamental de todo o símbolo é que eles representam uma outra coisa que não está lá. Nesse sentido, eles criam o objeto representado, construindo uma realidade nova a partir da realidade que já existe. Símbolos fundem o sujeito e o objeto, porque são expressão da relação entre sujeito e objeto. Através deles, coisas diferentes podem expressar uma à outra e convergir até à similaridade; eles possibilitam uma variação infinita e ao mesmo tempo são referenciais”. Ainda de acordo com a autora, “é precisamente essa capacidade de dar às coisas uma nova forma – através da atividade da psique – que constitui a representação” (Jovchelovitch, 2000, p. 76). Dito de outra forma, é através da atividade representacional e do desenvolvimento simbólico, que o sujeito recria e constrói um novo mundo de significados, e é deste processo que emergem as representações, intermediando a relação do sujeito individual e o campo social.

Considerando então, que a representação opera em um campo de ausências, chamando à re-presentação aquilo que está ausente, produzindo a ligação entre o ausente e o presente, este fato faz com que ela nem sempre seja acessível de forma direta, mas demande um trabalho de análise e interpretação.

Convém lembrar, que “não há possibilidade de formação simbólica fora de uma rede de significados já constituídos. É sobre essa rede, e dentro dessa rede, que os trabalhos de reconstrução do que já existe lá ocorrem. O sujeito psíquico, portanto, não é nem abstraído da realidade social nem condenado a ser um reflexo dessa realidade. Seus trabalhos dirigem-se para a elaboração de tensões permanentes em um mundo que, ainda que o preceda, está sempre aberto para seus esforços de constituir-se enquanto sujeito” (Jovchelovitch, 2000, p. 78).

A perspectiva até aqui apresentada, aponta para as bases teóricas que se filiam o conceito de representação social que será utilizado neste estudo. E, mesmo que não pretendamos realizar uma extensiva revisão do progresso

desse conceito até conquistar status de teoria, bem como das diversas perspectivas teóricas de que é abordado, consideramos importante mencionar alguns elementos essenciais dessa discussão.

Ao revisar a tradição filosófica da sociologia do conhecimento, Berger e Luckmann (1998) lembram que “a consciência dos fundamentos sociais dos valores e das concepções do mundo pode ser já encontrada na Antiguidade. Pelo menos a partir do iluminismo esta consciência cristalizou-se, tornando-se um dos principais temas do moderno pensamento ocidental. Assim, é possível justificar convenientemente muitas ‘genealogias’ do problema central da sociologia do conhecimento” (Berger e Luckmann, 1998, p. 16).¹²

Do ponto de vista sociológico, o conceito de “representação social” foi usado inicialmente por Durkheim no sentido de “categorias de pensamento através das quais determinada sociedade elabora e expressa sua realidade (...) essas categorias não são dadas *a priori* e não são universais na consciência, mas surgem ligadas aos *atos sociais*, transformando-se, elas próprias, em fatos sociais passíveis de observação e interpretação” (Minayo, 1994, p. 159).

A partir da crítica à visão positivista de Durkheim, sobretudo no que diz respeito à ênfase dada por este autor à base material das representações sociais, o conceito passou a ser abordado de outras formas, de acordo com a visão teórico-filosófica dos diversos autores.

Sem adentrarmos na profundidade da discussão em torno deste conceito travado pelos clássicos do positivismo, da fenomenologia e do marxismo, com relação ao status das representações sociais no conjunto das relações, salientamos apenas que, para Durkheim, a vida social causa as idéias; Weber admite que existe uma relação de adequação entre idéias e base material, e Marx enfatiza a base material em relação à determinação. Ou seja, trata-se a discussão da influência exercida pelas idéias e/ou a base material sobre o pensamento e a ação social. Pensando em termos de construção do conhecimento, todos os três clássicos concordam com a importância de se compreender as bases das representações sociais (Minayo, 1994, p. 172).

¹² Para estes autores a tarefa da Sociologia do Conhecimento é a investigação da maneira pela qual a realidade é construída, ou é percebida como tal pelos sujeitos.

Partindo de outra linhagem teórica, com a publicação da obra sobre a representação social da psicanálise em 1961, Moscovici deu nova vida a esta noção, tentando articular a influência recíproca da *estrutura social* e do *autor*. Neste sentido, define representação social enquanto “modalidades de conhecimento particular que circulam no dia-a-dia e que têm como função a comunicação entre indivíduos, criando informações e nos familiarizando com o estranho de acordo com categorias de nossa cultura, por meio da ancoragem e da objetivação” (Sawaia, 1995, p.76).¹³

Segundo Herzlich, um dos objetivos de Moscovici era o de reintroduzir num domínio que pretendia ignorá-la, esta dimensão social em sentido pleno: “o homem é um ser social, formado em particular pela língua da sociedade a que pertence, modelado por um universo cognitivo e simbólico que lhe é, de fato, pré-existente” (Herzlich, 1991, p. 24). No entanto, apesar de sua tentativa de articular estas dimensões, a ênfase de era colocada, sobretudo, no sujeito ativo, construtor do mundo a partir dos materiais que a sociedade lhe fornece, do que na própria estrutura social (Herzlich, 1991).¹⁴

Identificando-se com uma perspectiva mais dialética, Minayo define as representações sociais enquanto “senso comum, idéias, imagens, concepções e visão do mundo que os atores sociais possuem sobre a realidade” (Minayo, 1994, p. 173).

Também para esta autora, as representações sociais constituem-se num material importante para a pesquisa social, mesmo – e também por isso – traduzindo um pensamento fragmentado e cheio de contradições, que apresenta elementos da dominação e de resistência, da transformação e do

¹³ Para o autor “ancoragem é o processo de assimilação de novas informações a um conteúdo cognitivo-emocional pré-existente, e objetivação é a transformação em um conceito abstrato em algo tangível” (Sawaia, 1995, p.76).

¹⁴ Buscando situar o estudo de Moscovici no campo de uma psicologia social dominada então pela tradição behaviorista, Herzlich, referencia nesta obra quatro questões centrais. “Tratava-se de introduzir a noção de uma atividade organizadora sobre o duplo plano cognitivo e simbólico (...) O segundo ponto de referência do estudo é, sem dúvida, o processo pelo qual uma representação social é um *modo de pensamento sempre ligado à ação*, a conduta individual e coletiva, uma vez que cria ao mesmo tempo as categorias cognitivas e as relações de sentido que são exigidas. O terceiro procura dar conta do fato de uma representação social poder funcionar como atributo de um grupo: ou seja, grupos sociais podem identificar-se, perceber-se, aliar-se ou rejeitar-se através dela. O último ponto importante, mas que só é anunciado como hipótese a aprofundar – o da “polifasia cognitiva” – refere-se à coexistência complexa, numa sociedade como a nossa de discursos de origens múltipla e funcionamento diversos, fundindo-se, diferenciando-se ou excluindo-se, segundo as circunstância” (Herzlich, 1991, p. 25)

conformismo. “Neste sentido, a visão de mundo dos diferentes grupos expressa as contradições e conflitos presentes nas condições em que foram engendradas. Assim, tanto o ‘senso comum’ como o ‘bom senso’, para usar as expressões gramscianas, são sistemas de representações sociais empíricos e observáveis, capazes de revelar a natureza contraditória da organização em que os atores sociais estão inseridos” (Minayo, 1994, p. 173).

Retomando a perspectiva de Denise Jodelet e Sandra Jovchelovitch a respeito das representações sociais, ambas consideram como aspectos centrais da teoria, o caráter referencial da representação, seu caráter imaginante e construtivo, e finalmente, sua natureza social, pelo fato de que as categorias que a estruturam e expressam, provirem de uma cultura compartilhada, que são as categorias da linguagem.

Com relação ao caráter referencial e construtivo das representações, consideramos que já foram suficientemente discutidos acima. Há ainda o que ser dito, porém, no que concerne a sua natureza social, e no que a distingue dos demais trabalhos de representação do psiquismo individual, ainda que estes tenham também raízes sociais.

Partindo do conceito piagetiano de “estrutura”, Jovchelovitch (2000, p. 79) demonstra como as representações sociais “emergem como um fenômeno que expressa a *subjetividade do campo social* e sua capacidade para construir saberes (...) as leis que governam a constituição de uma estrutura não podem ser reduzidas à adição de seus elementos individuais. Pelo contrário, estas leis conferem às totalidades propriedades que são distintas das propriedades de cada um dos elementos que as constituem” (Jovchelovitch, 2000, p. 80).

Nesta perspectiva, o olhar da Psicologia Social e sua análise sobre o fenômeno das representações sociais, se dirigem ao social enquanto totalidade, em busca de suas estruturas dinâmicas peculiares.

Tomamos ainda emprestado o pensamento de Jovchelovitch em relação à formação dessas totalidades. “Os processos que dão forma e transformam as representações sociais, estão intrinsecamente ligados à ação comunicativa e as práticas sociais da esfera pública: o diálogo e a linguagem, os rituais e processos produtivos, as artes e padrões culturais, em suma, as mediações

sociais” (Jovchelovitch, 2000, p. 80).

Desta forma, a análise das representações sociais deve concentrar-se sobre os processos de comunicação e vida social, a vida pública e suas instituições específicas, seus rituais e significados, posto que, é nesta dimensão que não apenas são produzidas, mas adquirem uma estrutura peculiar e existência concreta.

O trabalho simbólico da linguagem está na base da produção da existência humana, pois ela estabelece a mediação necessária entre o homem e a realidade, produzindo para ele sentidos. Por sua vez, estes sentidos se configuram na relação estabelecida pela língua com os sujeitos que a falam, as situações em que se produz o dizer e a memória (condições de produção), e se estruturam nos discursos particulares que possibilitam a comunicação.

É importante salientar que a perspectiva dos processos de comunicação aqui considerada difere essencialmente do esquema elementar que separa e dá ordem seqüencial aos elementos emissor – mensagem – receptor . “No funcionamento da linguagem, que põe em relação sujeitos e sentidos afetados pela língua e pela história, temos um complexo processo de constituição desses sujeitos e produção de sentidos e não meramente transmissão de informação. São processos de identificação do sujeito, de argumentação, de subjetivação, de construção da realidade” (Orlandi, 1999, p. 21).

Considerando então que o discurso é efeito de sentidos entre locutores – dimensionados no tempo e no espaço das práticas sociais – e que ele torna possível a continuidade tanto quanto a transformação do homem e da realidade em que ele vive, é nele que se pode observar a relação da língua com a ideologia. Mas para que se compreenda esta relação, se faz necessário reconhecer o lugar da memória ou memória discursiva (interdiscurso) e do esquecimento, presentes em todo dizer.¹⁵

¹⁵ Considerando que a Representação Social é intrinsecamente carregada de afeto, Sawaia (1995) coloca que a idéia de memória afetiva-emocional que vem enriquecendo a análise do processo de ‘ancoragem’ e ‘objetivação’ discutidas por Moscovici (1978), permite compreender a participação do emocional na produção de idéias hegemônicas e vice-versa. “Os afetos, induzidos pela reativação da memória emocional, colocam o sistema representacional num estado receptivo que lhe permita assimilar ou criar novos elementos que contribuam para sua expressão e transformação. Elementos novos vão se inscrevendo na memória emocional, num contexto de diálogo interacional, em que podem ocorrer mudanças ou conservação” (Sawaia , 1995, p. 81).

Ainda de acordo com Orlandi, em tudo que é dito “há alguma coisa mais forte – que vem pela história, que não pede licença, que vem pela memória, pelas filiações de sentidos constituídos em outros dizeres, em muitas outras vozes, no jogo da língua que vai se historicizando aqui e ali, indiferentemente, mas marcada pela ideologia e pelas posições relativas ao poder – que traz em sua materialidade os efeitos que atingem esses sujeitos apesar de suas vontades (...) os sujeitos ‘esquecem’ que já foi dito – e este não é um esquecimento voluntário – para, ao se identificarem com o que dizem, se constituírem em sujeitos” (Orlandi, 1999, p. 32).

Dito de outro modo, os sujeitos históricos ao falarem o novo com palavras já ditas, se movem permanentemente entre o mesmo e o diferente, entre antigos e novos sentidos, atestando a tensão entre o simbólico e o político, num espaço regido pela simbolização das relações de poder.

Discutindo a importância e atualidade do conceito de Ideologia, não obstante as revisões dos “paradigmas do trabalho e da produção” impulsionadas pela história, e os limites das Ciências Sociais em operar com o conceito de Ideologia, Sawaia (1995) coloca que a contribuição do mesmo ao estudo da consciência “está na ética, no juízo de valor e na criticidade, que trazem em si a esperança da emancipação dos seres humanos das humilhantes condições de vida” (Sawaia, 1995, p. 80).¹⁶

Do seu ponto de vista, colocar em relação os conceitos de Ideologia e Representação Social, transforma o estudo da produção do conhecimento em veículo de crítica à dominação, no plano do sujeito individual, abrindo caminho para conceitos “capazes de desvendar a trama do processo pelo qual o conformismo e a resistência são gerados e consolidados no plano individual”

¹⁶ Para Sawaia (1995), a importância deste conceito na atualidade, consiste no fato de que a dominação e instrumentalização permanecem de forma mais complexa e completa, fazendo-se necessário “compreender como e por que os homens agem e pensam de determinada maneira, afirmando o caráter histórico da consciência” (Sawaia, 1995, p. 75). Neste sentido, aponta os limites do pensamento de Moscovici uma vez que captou o “caráter reificador da ideologia como discurso estruturado e estruturante que tende a impor a apreensão da ordem estabelecida como natural e governada por leis impessoais, mas não a vê como imposição mascarada de sistema de classificação e de estruturas mentais objetivamente ajustadas às estruturas de poder, excluindo-a do conflito humano, como se as Representações Sociais fossem produto da ação e da relação entre sujeitos ou grupos de sujeitos ativos, livres e autônomos. O conceito marxista de ideologia desmistifica a ingenuidade do processo cognitivo, colocando-o como mediação nas relações de dominação e exploração sócio-econômica” (Sawaia, 1995, p. 78).

(Sawaia, 1995, p. 81).

Focalizando a produção francesa a partir dos anos 60, Herzlich (1991) rever os modos pelos quais a noção de representação social tem sido utilizada no campo da saúde, argumentando em favor da sua “persistente fecundidade enquanto marco analítico para se pensar os fenômenos da saúde e da doença” (Herzlich, 1991, p. 35).¹⁷

Neste sentido, sugere como tarefa primordial da pesquisa, “indicar de que modo essas representações estão enraizadas na realidade social e histórica, ao mesmo tempo em que contribuem para construí-la (...) demarcar melhor a articulação dessas representações com a patologia de uma época e, em seguida, com uma configuração histórica ideológica precisa”.

Não tendo a pretensão de dar conta deste desafio em sua amplitude, devido às limitações impostas pela profundidade da questão e do tempo que dispomos para realizar este estudo, nos orientamos, porém, pela idéia de compreender as representações sobre a LTA, no contexto sócio-cultural em que foram construídas, buscando suas relações dialéticas com as estruturas de poder e dominação historicamente hegemônicas na região e as instituições sociais criadas para lhes dar sentido e coerência lógica.

1.4.2. Saberes e poderes.

Os mecanismos de produção simbólica, tal qual descritos anteriormente, permitem-nos compreender o processo pelo qual as formações imaginárias se constituem em extratos para formulação de saberes socialmente hierarquizados e marcados pelas ideologias. A este propósito diz Orlandi que, “o lugar a partir do qual fala o sujeito é constitutivo do que ele diz (...) Como nossa sociedade é constituída por relações hierarquizadas, são relações de

¹⁷ Referindo-se a idéia de “interpretação ideológica” de Heller, Sawaia (1995) diz que o mundo burguês atua sobre os sentimentos de forma ideológica, gerando sentimentos dominantes em cada momento histórico que revelam a interiorização de normas e sanções em nível social e emocional. Cita como exemplo, vergonha e culpa – sentimentos de caráter moral que encobre o juízo dado por uma autoridade externa – encontrados também em outros estudos referentes à saúde, onde doença e sofrimento foram

força, sustentadas no poder desses diferentes lugares, que se fazem valer na comunicação“ (Orlandi, 1999, p. 39).

Importante ressaltar que quando o autor refere-se ao “lugar”, não se trata do lugar empírico como tal, mas na posição social e ideologicamente definidas para os sujeitos, e assumidas por ele na hora de falar. Por conseguinte, os sentidos presentes nesse dizer, não são pré-determinados por propriedades da língua, mas por serem formulados em espaços e condições históricas distintas. “A evidência do sentido, que, na realidade é um efeito ideológico, não nos deixa perceber seu caráter material, a historicidade da sua construção” (Orlandi, 1999, p. 45).

Ao discutir exaustivamente o processo de construção social da realidade e do conhecimento, Berger e Luckmann (1998) demonstram como as instituições sociais criadas e recriadas no cotidiano das populações, são fundamentais para legitimar práticas e saberes e dar coerência interna à ordem social. E como a linguagem e o estoque de conhecimento socialmente disponível é revelador da ordem institucional.

Segundo estes autores, pela peculiaridade de sua constituição biológica¹⁸, o homem possui com o ambiente circundante uma relação imperfeitamente estruturada, caracterizada pela abertura para o mundo e uma infinita plasticidade em suas respostas às forças ambientais que atuam sobre ele. No entanto, se o organismo humano não possui os meios biológicos necessários para dar estabilidade à conduta humana e a ordem social é um fato empiricamente existente, é porque esta estabilidade é um produto da atividade humana. Partindo deste raciocínio elaboram uma teoria da institucionalização.

relacionados pelos sujeitos da pesquisa a “ato vergonhoso”, como vagabundagem, por exemplo, (Sawaia, 1995).

¹⁸ Os autores explicam essa peculiaridade em termos do desenvolvimento ontogenético do homem. Para tal enfatizam a peculiaridade do desenvolvimento orgânico que no animal se completa no corpo da mãe e no lactente humano efetua-se depois que se separa do útero, quando a criança não somente está no mundo exterior, mas se relaciona com este por muitos modos complexos, possibilitando a variabilidade da humanização em sentido sócio-cultural. “Em outras palavras, não existe natureza humana no sentido de um substrato biologicamente fixo, que determine a variabilidade das formações sócio-culturais. Há somente a natureza humana, no sentido de constantes antropológicas (por exemplo, abertura para o mundo e plasticidade da estrutura dos instintos) que delimita e permite as formações sócio-culturais do homem. Mas a forma específica em que esta humanização se molda é determinada por essas formações sócio-culturais, sendo relativa às suas numerosas variações” (Berger e Luckmann, 1998, p. 71, 72).

De forma simplificada pode se dizer que para estes autores, a formação do hábito da atividade humana está na base da institucionalização. Elas ocorrem quando tipificações habituais são estabelecidas na atividade de determinados atores, tornando-se elas próprias, instituições. Estas são sempre partilhadas e acessíveis a todos os membros do grupo social em questão, e a própria instituição tipifica os atores individuais assim como as suas ações individuais.

Desta forma, as instituições são construídas no curso de uma história compartilhada e enquanto tais, possuem um caráter controlador,¹⁹ anterior mesmo a quaisquer mecanismos de sanções estabelecidos para apoiá-las.

Seguindo nesta linha de pensamento, diz ainda os autores que uma outra característica da instituição, advinda do seu caráter histórico, é a objetividade, ou seja, o fato dela ser experimentada como tendo realidade própria, análoga à realidade do mundo natural, quando na verdade é construída e mantida na interação entre os sujeitos. Como mundo objetivo, as formações sociais podem ser transmitidas a uma nova geração, aparecendo à criança como inerente à natureza das coisas.

Neste sentido, o corpo de conhecimento transmitido de geração a geração, ao mesmo tempo em que assegura a ordem institucional, serve de substrato à sua transformação. “O conhecimento situa-se no coração da dialética fundamental da sociedade. ‘Programa’ os canais pelos quais a exteriorização produz um mundo objetivo. Objetiva este mundo por meio da linguagem, isto é, ordena-o em objetos que serão apreendidos como realidade. E em seguida interiorizado como verdade objetivamente válida no curso da socialização. Desta maneira, o conhecimento relativo à sociedade é uma realização no duplo sentido da palavra, no sentido de apreender a realidade

¹⁹ Com relação ao caráter controlador das instituições, os autores distinguem o caráter controlador primário do secundário. O primário – referido acima – diz respeito à economia psíquica. “O hábito fornece a direção e a especialização da atividade que faltam no equipamento biológico do homem, aliviando assim o acúmulo de tensões resultantes assim dos impulsos não dirigidos. E oferecendo um fundamento estável no qual a atividade humana pode prosseguir com o mínimo de tomada de decisões durante a maior parte do tempo, liberta energia para decisões que podem ser necessárias em certas ocasiões” (Berger e Luckmann, 1998, p. 78). O secundário, diz respeito ao conjunto das sanções criadas pelas sociedades em apoio às suas instituições, e que conformam o que comumente chamamos de sistema de controle social.

social objetivada e no sentido de produzir continuamente esta realidade” (Berger e Luckmann, 1998, p. 94).

Finalizando, nos colocamos em concordância com Foucault no que diz respeito a sua compreensão sobre teoria, segundo Machado (1979). “Para ele, toda teoria é provisória, acidental, dependente de um estado de desenvolvimento da pesquisa que aceita seus limites, seu inacabado, sua parcialidade, formulando conceitos que clarificam os dados – organizando-os, explicitando suas inter-relações, desenvolvendo implicações – mas que, em seguida, são revistos, reformulados, substituídos a partir de novo material trabalhado” (Machado, 1979).

1.5. A interdisciplinaridade como exercício de aproximação do “real”.

Para compreender a situação humana de hoje, necessita-se de um enfoque interdisciplinar, sejam quais forem às bases ideológicas ou políticas escolhidas.

Como salientamos anteriormente, os seres humanos se reproduzem socialmente estabelecendo uma relação extremamente dinâmica com o meio ambiente, aqui entendido não apenas enquanto ambiente físico, mas, social, político e cultural. Assim, produzem condições de vida concretas e teorias explicativas sobre o ser e a existência.

Nesta perspectiva, a análise científica do comportamento humano não se esgota pela alusão a normas, padrões ou valores sociais. Estes são necessários, mas insuficientes para explicá-los. No dizer de Morán, “O comportamento não é simplesmente uma resposta às estruturas sociais e culturais, nem reduzível a respostas inevitáveis do capitalismo, mas é influenciado por um grande número de fatores. O ambiente do indivíduo, ou de uma população, inclui o conjunto de pressões materiais que podem advir tanto do ambiente físico quanto do ambiente humano e social” (Morán, 1990).

Esta visão, que se identifica com a perspectiva da ecologia humana, sobretudo no que diz respeito aos processos adaptativos e a produção ecológica, oferece elementos importantes para compreendermos aspectos importantes da realidade da comunidade em estudo.

Referindo-se à heterogeneidade das populações amazônicas, Morán (1990), salienta o papel de uma série de fatores que a conformam, tais como, os contatos interétnicos, processos históricos particulares, ações das missões religiosas, natureza da intervenção do Estado, diferenças do ambiente físico do qual obtêm sustento físico e espiritual, diferenças em estruturas geográficas, do impacto das epidemias e da área disponível hoje para manter certo grau de autonomia. Nesse sentido, chamamos à atenção para a complexidade que caracteriza os processos de produção e reprodução social, presente em qualquer nível de estudo que se pretenda realizar.

Na perspectiva da Psicologia social, Jovchelovitch, expressa a complexidade da teia de significados que configuram a realidade simbólica do cidadão comum brasileiro. Referindo-se à realidade imediata da esfera pública no Brasil, diz que “na sua face mais crua, ela revela corrupção, violência, nepotismo, clientelismo e desigualdade. Na sua face mais sutil, ela mostra uma lacuna profunda entre direitos constitucionais e a vida cotidiana, fazendo da vida do cidadão uma condição perdida nas palavras vazias da retórica oficial” (Jovchelovitch, 2000, p. 15).

Para a autora, estas condições são parte de uma história, que, para os países latino-americanos, foi feita de colonização e exclusão haja vista a violência que marca tanto a conquista das Américas, como o desenvolvimento subsequente do continente. “Tal desenvolvimento histórico, e as estruturas sociais que lhe são próprias, não são abstrações: elas se impõem sobre a vida dos atores sociais com poder constitutivo. Entretanto, história alguma constitui a explicação última, única forma de compreender a realidade. Se for verdade que precisamos considerar a história e suas estruturas, também é verdade que tanto a história, como suas estruturas, são *construídas*. A história, não faz mal repetir, tem sujeitos. São eles que conhecem, agem, investem com afetos e dão sentido à realidade histórico-social” (Jovchelovitch, 2000, p. 15).

Desta forma, apesar de estarmos nos propondo a explorar alguns aspectos da dimensão subjetiva desta comunidade, não podemos deixar de considerar aspectos outros que a conformam, tais como, sua história e as condições ambientais em que estes sujeitos produzem e se reproduzem.

Feito estas considerações, que aprofundam os marcos conceituais deste estudo, apresentamos a seguir alguns elementos históricos e culturais do Nordeste e, em especial, da Zona Canavieira de Pernambuco, na tentativa de resgatar alguns elementos constitutivos da realidade do povo cabense e, por conseguinte, dos homens e mulheres comuns da comunidade de Pirapama. Para tal, nos baseamos em Andrade (1998), Castro (1983) e Felipe (199_) e Lacerda (1996).

1.6. Formação sócio-cultural dos trabalhadores da zona canavieira de Pernambuco.

A zona da mata do Nordeste do Brasil, também chamada de “zona canavieira”, é uma das regiões do mundo que mais tem evidenciado em sua paisagem natural as alterações realizadas pela ação do homem. Região de floresta tropical, transformada em região de campos abertos, teve a vida do seu solo, de suas águas, de suas plantas e do seu próprio clima, tudo transformado no processo de colonização. De acordo com Castro, “na paisagem nordestina a expressão geográfica é tão rica de significação e tão impregnada de história que os seus traços componentes se destacam sempre bem ordenados, em função do elemento criador de sua vida econômica – a cana-de-açúcar (...) quatro séculos de ação extremada, a serviço de um só objetivo, deram ao processo de transformação econômico-social do Nordeste o sentido de uma dramática experiência sociológica, servindo às mil maravilhas para demonstração viva de uma infinidade de pontos de vista fundamentais em ecologia” (Castro, 1983, p. 113).

O clima quente da região, com regime de chuvas e estações bem definidas, ao lado de um solo argiloso de tipo massapé, originariamente de

qualidades físico-químicas privilegiadas, com grande riqueza de humo e sais minerais, ofereceria as condições naturais propícias para o desenvolvimento de uma civilização eminentemente agrária como a realizada em Pernambuco pelos colonizadores e seus sucessores (Andrade, 1998, Castro, 1983).

Apesar do imperialismo da cana-de-açúcar, essas condições contribuem favoravelmente para o cultivo seguro de cereais, frutas, verduras e leguminosas de grande variedade. Motivo, inclusive, da abundância de árvores frutíferas, próprias da floresta nativa, ou trazidas de continentes distantes, tais como o coco, a manga e a jaca, transplantados do oriente.

Desta forma, a zona da mata de Pernambuco foi uma das primeiras regiões do país a ser apropriada e disputada pelos colonizadores. Não sem lutas sangrentas e o uso arbitrário do poder, contra outros homens e a própria natureza. Desertaram e escravizaram os índios tabajaras e caetés que daqui eram nativos, derrubaram a mata, drenaram várzeas encharcadas, construíram casas, engenhos, cidades e, paulatinamente, uma sociedade aristocrática dividida em classes, sob o império dos canaviais.

De acordo com Andrade (1998), no ápice dessa sociedade aristocrática canavieira, aparecia a figura do senhor-de-engenho com a medida de seu prestígio determinada em função da extensão de suas terras, a produção de seus canaviais e o número de escravos que possuísse. A casa grande assobradada ou com calçada alta sobre a encosta, bem como os cavalos de belo porte, de onde falava o senhor a seus escravos, lavradores ou empregados, materializava as ostensivas relações de poder e dominação.

Em segundo lugar na escala social estavam os lavradores, que não dispoñdo de terras ou engenho, moíam ou cultivavam, sob condições determinadas, nas terras do senhor. Apesar de todos os problemas relacionados à condição de desigualdade entre estes, o lavrador tinha uma situação um pouco melhor que a do morador, o roceiro que cultivava produtos de subsistência, e os empregados que eram ainda mais dependentes de seu patrão e senhor.

Os moradores, em geral mestiços, que viviam nos engenhos, constituíam elevada percentagem da população rural livre. Estes eram

geralmente pobres, viviam em choupanas, caçavam e pescavam para complementar a alimentação, e comercializavam, nos anos de melhor produção, algum excedente dos produtos cultivados na terra, cedida também sob condições, pelo senhor-de-engenho. Em seguida vinham os escravos que, como é largamente tratado na literatura, apesar de receberem um tratamento desumano foram, por mais de três séculos, o sustentáculo da economia açucareira nordestina.

Ainda existia no trabalho do engenho, assalariados que ocupavam postos administrativos, e técnicos vivendo sob uma relação de extrema dependência e subserviência ao senhor de engenho, e geralmente repetindo em escalas hierarquicamente inferiores o tratamento déspota que recebiam. Entre eles, o capelão, o feitor-mor, o feitor da moenda, os feitores de partido, o mestre-de-açúcar, o soto-mestre ou banqueiro, o purgador de açúcar, e o caixeiro, entre outros.

Desta forma, a estrutura econômico-social então dominante e a organização político social emanada permitia que abusos fossem cometidos, e que o senhor-de-engenho tivesse garantido o exercício pleno do seu poder sobre suas terras, empregados e dependentes.

Outro aspecto a ser salientado é como a doutrina religiosa católica deu sustentação a estrutura perversa de dominação nesta região, assim como em todo solo brasileiro, enquanto disputava espaço com outras crenças religiosas impondo-se como único credo. As pessoas e lugares, batizados com nomes de santos, as capelas construídas ao lado das casas grandes dos engenhos, assim como os rituais e festas dos santos padroeiros, mais que exemplos do fervor religioso desta gente, revelam esta ordem social e religiosa mais ampla.

A este respeito, Felipe (199_), conta um fato marcante narrado pelo professor Metódio Maranhão, em conferência realizada na Faculdade de Direito do Recife, em agosto de 1927, que devido a sua força ilustrativa, transcrevemos parte do texto a seguir:

“O fanatismo, em matéria de enterro de católicos em cemitérios públicos, ou nos de aparência particular, não se tem limitado a repelir, ou de não aceitar os corpos dos que a Igreja Católica julga indignos de solo abençoado; tem chegado ao ponto de

*desenterrar cadáveres já sepultados*²⁰.

Foi em 1º de setembro de 1910, no lugar chamado Ponte dos Carvalhos do Município do Cabo, a 23 quilômetros do Recife.

Morreu naquela localidade uma menina de seis meses.

O pai dela, João Alves, depois de obter do delegado de Polícia, Tenente Cardim, a licença necessária, sepultou o cadáver de sua filhinha no único cemitério público do lugar.

*Avisado do caso, o Vigário, Padre João Batista de Araújo, achou que nele havia uma gravíssima violação de **leis canônicas***²¹ *que são as mesmas leis divinas.*

O certo é que o Dr. José Francisco de Faria Sales (Juiz de Direito), de acordo com o Vigário, Padre João Batista de Araújo, e o sacristão-Guarda do cemitério, decidiram que fosse a criança desenterrada, e levada para qualquer parte longe do cemitério.

*Foi mandado buscar o João Alves*²² *, obrigaram-no a desenterrar o corpo da própria filhinha, a leva-lo nos ombros, até duas léguas de distância, e a sepulta-lo novamente em lugar, onde não houvesse mais a influência da benção da Igreja.*

O fato foi publicado no JORNAL DO RECIFE de 9 de setembro de 1910 e no Almanaque de Pernambuco para 1916, pág. 43 – Crônicas de Pernambuco, referente àquela data de 1910” (Felipe, 199 , p. 233).

Além dos problemas relacionados à estrutura econômica, social, política e religiosa, outros relacionados ao meio ambiente e a sua apropriação inadequada precisavam ser permanentemente administrados pelos trabalhadores da terra. A título de exemplo podemos citar as violentas enchentes que ocorriam em função da irregularidade do volume das águas no leito dos rios, ou seja, durante o estio permaneciam vazios, durante a estação de chuvas, assistia-se ao transbordamento dos mesmos para as várzeas, alagando e encharcando as plantações. Alguns rios de regime mais irregulares, em certos anos, chegavam a destruir safras inteiras e até engenhos (Andrade, 1998).

No século XIX e início do século XX essa malha social começa a passar por transformações. Entre os elementos determinantes desse processo, encontra-se o desenvolvimento tecnológico nos campos da agricultura, da

²⁰ Segundo o autor, antigamente os sepultamentos eram feitos dentro das igrejas e os cadáveres das pessoas que não professavam o credo católico, eram inumados em qualquer lugar. “Sobrevindo a epidemia da cólera-morbo foi que as autoridades resolveram, em 1851, proibir terminantemente, o sepultamento dentro dos templos. Daí então, foram estabelecidos cemitérios públicos, criados e administrados pelas Câmeras Municipais, pelas ordens religiosas e pelos proprietários rurais. Não obstante, os verdadeiros administradores eram os sacerdotes católicos. Por isso, algumas vezes, impediram que os despojos mortais dos que pertenciam a outras religiões fossem admitidos nos cemitérios públicos. E essa intolerância religiosa chegou até a primeira década deste século”. (Felipe, 199_).

²¹ Grifo do autor.

²² Segundo o narrador, João Alves era “pobre” e “protestante”.

indústria e transporte, implementados no Brasil e no nordeste para fazer face à concorrência no mercado europeu. Apesar da resistência e da falta de preparo dos donos da terra e do capital, o cenário local vai pouco a pouco se transformando. Antigos engenhos bangüês vão cedendo lugar aos engenhos centrais, e posteriormente, as usinas. E diante das novas demandas do mercado, “novas” relações de trabalho vão se estabelecendo, evoluindo para uma gradativa proletarização da massa camponesa.

Os trabalhadores assalariados constituem a imensa maioria dos trabalhadores rurais na área açucareira. Conforme a sua maior fixação à terra e dependência do proprietário, são agrupados em três categorias: os moradores que residem na propriedade onde trabalham; os trabalhadores “de fora”, que vivem nas cidades, vilas e povoações da zona, constituindo a maioria da população das mesmas; e os “corumbas” ou “catingueiros” que residem no Agreste e Sertão, mas se deslocam para a mata sazonalmente, todos os anos, para participar da colheita.

As condições de vida em que vive essa grande massa proletária é precária. A maioria vive em casas de taipa, sem instalações sanitárias, alimentando-se mal e expostos a doenças endêmicas, verminoses e anemias.

A concentração fundiária, agora mediatizada pela política governamental então em implantação, tornou-se um dos mais graves problemas do Nordeste, sobretudo nas áreas de elevadas densidades demográficas, como a mata e o agreste. Em Pernambuco o processo de concentração industrial chegou a ponto de, não só usinas maiores absorverem menores, como também as firmas proprietárias de grandes usinas adquirirem outras, organizando grupos econômicos que controlam várias usinas (Andrade, 1998).

A região açucareira da mata se torna então, área de forte tensão social e de choque entre proprietários e assalariados. Da luta dos pequenos rendeiros contra os proprietários que os desalojavam dos sítios ocupados por dezenas de anos, surgem na década de 60 as Ligas Camponesas, culminando esse processo na criação do Estatuto da Terra e o programa do PROTERRA, que concretiza a desapropriação de terras para fins de reforma agrária e reflorestamento.

O Estatuto do Trabalhador veio garantir ao assalariado o direito ao salário mínimo, férias, repouso semanal remunerado e gratificação natalina. A Lei Complementar no 11, a partir de 1971 estende a previdência social aos trabalhadores rurais – aposentadoria por velhice e por invalidez, e as suas famílias, à pensão e o auxílio funeral – direitos garantidos aos trabalhadores urbanos desde meados do século vinte.

Os salários oscilam um pouco, de acordo com a lei da oferta e da procura e com a especialização e capacidade do trabalhador, mantendo-se, porém, próximo ao salário mínimo.

Apesar dos avanços constitucionais relacionados aos direitos dos trabalhadores rurais, o que se observa na prática é que as condições em que vivem os mesmos e suas famílias, estão longe de caracterizar uma condição cidadã. A estrutura perversa de dominação de outrora continua com outras roupagens, se reproduzindo em vários níveis e espaços,

Fazendo parte deste cenário, encontramos o município do Cabo de Santo Agostinho, sede da nossa comunidade de estudo, o qual passamos a descrever a seguir algumas características particulares.

1.7. Cabo de Santo Agostinho: um cenário de contrastes e contradições.

O município do Cabo de Santo Agostinho, de acordo com dados da Secretaria Municipal, está situado na Meso-região Metropolitana do Recife, no extremo leste de Pernambuco, distando 41 km da capital do Estado. Possui uma área de 445 km², sendo a maior em relação aos 13 (treze) municípios que compõe a Região metropolitana do Recife – RMR. Limita-se ao norte com os municípios de Jaboatão dos Guararapes, Moreno e Vitória de Santo Antão, ao sul com Ipojuca e Escada, ao leste com o Oceano Atlântico e ao oeste com o município de Vitória de Santo Antão e Escada. Suas principais vias de acesso são a BR-101 ao norte e ao sul, e a PE-60 ao sul (Prefeitura Municipal do Cabo de Santo Agostinho, 2000).

A origem do município remonta à povoação dos índios caetés na região, os verdadeiros donos destas terras cobertas de matas que se estendiam até o mar. “Esse povo representava uma nação livre. Tinha lei e governo, arte, música, folclore, e religião. Tinha território, tradição e capacidade de amar e sofrer. Era um povo feliz. Fazia festa, chorava os seus mortos e punia os infratores dos seus códigos. Estava em plena evolução de suas aptidões e conhecimentos. Não tinha a ambição inescrupulosa dos conquistadores. Era um povo rude, selvagem, mas de qualquer maneira era um povo” (Luna apud Lacerda, 1996, p. 26).

Faz parte de sua história, a polêmica discussão em torno da prioridade do descobrimento do Brasil. Do ponto de vista de alguns historiadores, antes dos portugueses, teriam os espanhóis, em 26 de janeiro de 1500, pisado pela primeira vez nestas terras, batizando-a de *Santa Maria de La Consolación*, que recebeu em 28 de agosto de 1500 o nome de Cabo de Santo Agostinho – santo do dia – pelos portugueses enviados para fazerem um reconhecimento das terras brasileiras (Prefeitura Municipal do Cabo de Santo Agostinho, 2000; Lacerda, 1996).

A ocupação destas terras pelos colonizadores é feita através de um massacre sangrento, onde o trabuco de pólvora era enfrentado pelo arco e flecha numa luta desigual, na qual pereceram às margens do rio Pirapama, milhares de índios caetés.

Em 1571, o fidalgo português João Paes Barreto, recebendo do então donatário da capitania de Pernambuco, Duarte Coelho, as terras tomadas à força dos índios caetés, as distribuiu com os nobres chegados de Portugal e funda em 1580, o primeiro engenho do Cabo, o qual deu o nome de Na. Senhora da Madre de Deus, hoje em completa ruína, conhecido como Engenho Velho. Desta forma, instituiu também o primeiro Morgado do Cabo²³ e as bases do que seria posteriormente um dos municípios mais tradicionais de

²³ Morgado aqui está se referindo a “propriedade vinculada ou conjunto de bens vinculados que não podia alienar-se ou dividir-se e que geralmente, por morte do possuidor, passavam para o mais velho” (Dicionário Brasileiro de Língua Portuguesa, 11^a. Edição)

Pernambuco, celeiro de figuras ilustres que se destacariam na política, na música, na literatura e artes (Lacerda, 1996).

Ao prosperar a monocultura da cana-de-açúcar, no chão de uma elevação à margem do rio Araçuaque, atualmente Pirapama, dar-se início a povoação de Santo Antônio, construída ao largo da capela de mesmo nome. O agrupamento de pequenas casas, construídas pelos operários da época, trabalhadores dos bangüês e pequenos agricultores recém-chegados de Portugal, dava idéia de um futuro próspero sob as bênçãos do seu protetor (Lacerda, 1996).

Sendo costume de todos os católicos praticantes, à medida que novos engenhos iam surgindo, novas capelas iam sendo construídas e dedicadas aos santos católicos, pouco a pouco divulgados e com devoção reverenciados, constituindo-se hoje em um rico mas decadente acervo histórico.

Em 1877 é criada a vila do Cabo, sendo elevada em 1877 à categoria de cidade, guardando atualmente semelhanças e diferenças com outras cidades de regiões metropolitanas brasileiras (Lacerda, 1996; Machado, 1999).

A região originariamente ocupada por vegetação típica de floresta (mata atlântica), atualmente apresenta uma “paisagem” ocupada e transformada pela ação do homem, se caracterizando pela presença de extensos latifúndios de cana-de-açúcar, que se estendem por colinas e vales entrecortados por mananciais, bem como por áreas de reserva adquirida pelo governo do Estado para implantação do Complexo Industrial e Portuário de SUAPE.

As belas praias, que fazem do litoral do Cabo um dos mais bonitos do país, são frequentemente procuradas por turistas de várias partes do Brasil e do mundo. O solo nesta área tem sido ocupado para residências de veraneio, sendo utilizada pelos munícipes apenas como “espaço” para o comércio informal.

Fatores com os acima referidos têm acarretado a expulsão da população rural, ocupação desordenada, em áreas inadequadas, como encostas e alagados e conseqüentemente o aumento da demanda por habitação, infraestrutura e equipamento urbano (Machado, 1999).

Além dos núcleos de ocupação urbana, há várias povoações em torno

de antigos engenhos de açúcar. Os contrastes e características predominantemente rurais deste município podem ser vistas passando-se pela BR-101, de onde se observam extensas áreas de plantações de cana-de-açúcar, usinas e prédios de indústrias, muitos abandonados, monumentos históricos em decadência e uma imensa quantidade de habitações pequenas e simples que, em parte, estendem-se por morros.

Os ciclos econômicos seguem de forma semelhante a outras partes da zona canavieira do Nordeste, já discutidas no item anterior. Um aspecto a salientar é que, na década de 40, com o aparecimento de fábricas de tecido, aumenta o ritmo da industrialização, tendo sido criado na década de 60, o Distrito Industrial do Cabo-DI, com indústrias em sua maioria ligadas a capital de fora, que não contribuem para desenvolver a economia da região nem absorvem a mão de obra local. Esse modelo de desenvolvimento econômico aumenta a concentração de riquezas e concentração fundiária, tendo uma repercussão direta na política local (Machado, 1999).

Do ponto de vista político, o município tem como característica marcante uma seqüência de alianças de poder, que conduziram à administração municipal, pessoas e grupos hegemônicos ligados aos interesses fundiários da cana-de-açúcar (Machado, 1999, p. 54).

Ainda de acordo com Machado, este grupo começa a perder sua hegemonia no período de luta pela redemocratização do país, no final da década de setenta, tendo como resultado a eleição do candidato da frente de oposição, o então vereador pelo movimento Democrático Brasileiro, Elias Gomes, que na eleição seguinte faz seu sucessor, resultando numa dupla inversão na política municipal: “os resultados eleitorais rompem com a tradição de invencibilidade dos interesses dos proprietários rurais na política e dos políticos da sede. Além de subverter a supremacia da ordem econômica na política, rompe com a ordem de preeminência geográfica da sede sobre o distrito, colocando, no poder, um prefeito de classe média e natural do distrito de Ponte dos Carvalhos” (Machado, 1999, p. 54).

Devido à fragmentação do bloco progressista, que apresenta três candidatos à prefeitura, em 1992 é eleito um candidato representante dos

antigos interesses, que realizou um governo déspota, deixando o município em difíceis condições. Nas duas eleições seguintes, Elias Gomes retorna a prefeitura e vem realizando um governo reconhecidamente popular e democrático (Machado, 1999, p. 54).

A população do Cabo está estimada pelo IBGE (1996) em 140.764 mil habitantes distribuídos em 451 km, conferindo-lhe uma densidade demográfica de 312,1 hab/km (Prefeitura Municipal do Cabo de Santo Agostinho, 1997).

Esta população está distribuída da seguinte forma: 86,4% na área urbana que conta com 23.722 domicílios residenciais, apresentando uma taxa média de 4,62 moradores por domicílios ocupados e 13,6% na área rural, com 3.437 domicílios ocupados com uma taxa média de 5,02 moradores por domicílios (Prefeitura Municipal do Cabo de Santo Agostinho, 1997).

Em 1991, para um total de 27.159 domicílios, 62,9% possuem abastecimento de água adequado. Enquanto apenas 16,3% dispõem de esgotamento sanitário adequado. O serviço de coleta urbana de lixo cobre 68% dos domicílios (Machado, 1999, p. 61).

O município apresenta índice de analfabetismo elevado na faixa escolar do ensino fundamental e uma taxa de evasão escolar de 30%.

Apesar de ser um dos municípios mais desenvolvidos do Estado, contando com um complexo industrial e portuário, verifica-se um baixo nível de renda da população. De acordo com o censo de 1991, 6% dos chefes de família não recebem nenhum salário, 70 % recebem até dois salários mínimos, e apenas 24% recebem acima de dois salários (Prefeitura Municipal do Cabo de Santo Agostinho, 1997, p.10).

No que diz respeito à divisão político-administrativa, de acordo com a Lei No. 1773/97, no município estão distribuídas nove Áreas Político-Administrativas – APAs. O povoado de Pirapama está localizado na APA –08, junto com outras pequenas vilas rurais, tendo como sede, Juçaral (Prefeitura do Cabo de Santo Agostinho, 1997).

Situada a poucos quilômetros da sede, Pirapama tem características semelhantes ao que foi referido ao município como um todo. Devido à falta de registros oficiais sobre esta localidade, no capítulo dos resultados tentamos

descrever alguns aspectos que identificamos no seu cotidiano, que pudessem completar as informações sobre aspectos sócio-culturais desta comunidade.

1.7.1. Caracterização dos serviços de saúde.

Ao assumir a SMS, em janeiro de 1997, a equipe gestora encontra uma situação caótica no que diz respeito às condições sócio-econômicas da população, ao quadro epidemiológico, aos equipamentos de atenção básica e de referência especializada, urgência e emergência.

Quanto aos recursos humanos atuantes neste contexto, a situação não é diferente. “Encontra-se um quadro difícil, que exige negociações e pactuações entre funcionários e gestores. Destaca-se a conhecida diversidade de vínculos empregatícios, herança do período pré-municipalização, e a conseqüente ausência de isonomia salarial. Desinteresse e desmotivação dos profissionais no desempenho das suas atividades, ausência de condições de trabalho, caracteriza um estado de descaso com o trato da coisa pública por parte da administração” (Prefeitura Municipal do Cabo de Santo Agostinho, 1997).

Apesar do referido diagnóstico, a nova gestão toma a decisão política de imediatamente dar início ao processo de municipalização das ações e serviços de saúde, assumindo as responsabilidades e prerrogativas previstas na NOB - SUS 01/96 para Gestão Plena do Sistema Municipal. Nesta perspectiva, adota



o PSC como estratégia para reorganização do modelo de atenção à saúde, priorizando a atenção básica e as atividades preventivas e de promoção à saúde (Prefeitura Municipal do Cabo de Santo Agostinho, 1997).

Tendo em vista o impacto na saúde da população que este programa possibilitou, progressivamente ampliou o número de equipes alcançando em

2001 um total de 32 equipes atuando no programa (Prefeitura Municipal do Cabo de Santo Agostinho, 1997).

Considerando que a realização de sua missão institucional dependia, além do componente da decisão política e da competência técnica do gestor e co-gestores, do compromisso, o preparo e a afinação da equipe de trabalho com a proposta a ser desenvolvida, a referida gestão define, entre outros projetos, um projeto específico de capacitação de recursos humanos (Prefeitura Municipal do Cabo de Santo Agostinho, 1997).

Este projeto, que pretendia inicialmente atingir as equipes do PSC e progressivamente ampliar-se para os demais trabalhadores da rede, enfrentou dificuldades para ser implementado na sua totalidade, sendo interrompido em dezembro de 1999.

No que diz respeito aos serviços de saúde, atualmente o município possui uma rede de unidades de saúde distribuídas por APAs; dispõe de serviços de apoio diagnóstico e de assistência especializada no próprio município, além de contar com unidades públicas e conveniadas para assistência à maternidade, às urgências e emergências e internações nas clínicas básicas e cirurgias.

Seguindo a linha de mudanças da Secretaria de Saúde como um todo, o Departamento de Vigilância Epidemiológica e Sanitária vem fazendo um esforço no sentido de dar um tratamento planejado e sistemático à suas ações.

O trabalho de controle de endemias é feito prioritariamente em relação à dengue e esquistossomose. Como expressão disso, em convênio com o Ministério da Saúde, a Secretaria de Saúde contratou 105 agentes de vigilância ambiental, para realização deste trabalho.

Com relação ao controle da leishmaniose tegumentar, só com o aumento significativo dos casos a partir de 1999, em algumas áreas da zona rural do município, é que está havendo uma preocupação maior por parte deste setor. Até então, não havia nenhuma atividade de prevenção e os casos eram tratados no Recife.

Vale salientar que as equipes do PSC em sua maioria não se sentiam habilitadas para diagnosticar clinicamente os casos, e foi a partir do esforço de

alguns profissionais, como é o caso da enfermeira de Pirapama, que já detinha experiência nesta área, que a questão começou a ser abordada diferentemente.

Atualmente, os PSCs notificam, realizam o diagnóstico clínico, e o exame da lâmina para confirmação, é realizado no PSC de Charnequinha, através do trabalho voluntário do médico desta área.

O tratamento é feito no próprio município, sendo a medicação dispensada pelo Departamento de Vigilância Epidemiológica e Sanitária. A maioria dos pacientes toma a medicação nos postos de saúde da área em que residem.

No período em que houve o aumento inesperado dos casos, a Secretaria não conseguiu suprir de imediato toda a demanda, chegando pacientes a ficar até um mês após o diagnóstico, sem ter sido medicado. Houve uma pressão popular neste sentido e, entrando em acordo com a FNS, a Secretaria Municipal de Saúde resolveu o problema.

Quanto às atividades de prevenção e educação em saúde, o que existe é um trabalho de orientação às populações destas áreas, por ocasião das campanhas de vacinação de animais, eventuais palestras realizadas nas comunidades e, no cotidiano, pelos agentes comunitários de saúde.

Quando são identificados cães doentes na área, a Coordenação de Vigilância Ambiental é comunicada, realizando a apreensão dos animais. Atualmente a Coordenação está encontrando dificuldades por não ter mais o apoio do município do Recife no sentido de absorver todos os animais apreendidos.

Para finalizar, procuramos neste capítulo fazer uma breve introdução sobre a evolução das políticas públicas e o controle das endemias no Brasil, seguida de uma discussão sobre aspectos clínicos, epidemiológicos e sociais da leishmaniose tegumentar americana – LTA, que fazem desta doença um grave problema de saúde do ponto de vista humano, social e econômico. Apresentamos também as bases teóricas sobre as quais este estudo foi realizado, através de uma breve discussão sobre a teoria das representações sociais. Tendo em vista que partimos do pressuposto que as representações

sociais se constroem a partir dos processos de reprodução social e em consonância com a ordem institucional mais ampla, levantamos alguns aspectos históricos da formação sócio-cultural dos trabalhadores da zona canaveira de Pernambuco, salientando algumas características da localidade de estudo, concluindo com uma sucinta caracterização do atual modelo de atenção à saúde do município do Cabo de Santo Agostinho, contextualizando-o na conjuntura atual de descentralização.

CAPÍTULO 2

“... não há neutralidade nem mesmo no uso aparentemente cotidiano dos signos. A entrada no simbólico é irremediável e permanente: estamos comprometidos com os sentidos e o político”.

(Orlandi, 1999)

2. METODOLOGIA

2.1. O desenho do estudo.

Em face da natureza essencialmente subjetiva do fenômeno que nos dispomos a estudar, a abordagem qualitativa se oferece como instrumental teórico-metodológico mais adequado em função da sua capacidade de aprofundar-se na dimensão dos significados das ações e relações humanas, que não podem ser captados pelos procedimentos estatísticos.

Considerando que nossa pretensão foi apenas realizar uma primeira aproximação com o campo e com o tema de estudo, na perspectiva de apreendermos aspectos ou categorias relevantes para compreensão das representações sociais da LTA na referida comunidade, trata-se, portanto, de um estudo qualitativo de caráter exploratório.

2.2. A escolha da localidade

A escolha do município para realização do estudo, se deu em função de ser uma região endêmica para a Leishmaniose Tegumentar que, apesar dos investimentos do município, segue um comportamento semelhante as demais doenças endêmicas espalhadas pelas outras regiões do país que resistem ao controle. A escolha da vila Pirapama se deu pelo fato de ser uma das áreas onde o PSC tem conseguido prestar acompanhamento sistemático aos pacientes portadores de Leishmaniose Tegumentar e que apresenta boas condições de acesso. Por outro lado, a proposta de estudo recebeu receptividade e apoio por parte dos integrantes da equipe do programa e da equipe gestora da Secretaria de Saúde.

2.3. A escolha dos informantes

Diferentemente de uma abordagem quantitativa de pesquisa, onde a definição da “amostra” se dá a partir do critério de representatividade numérica, na pesquisa qualitativa “a validade da amostragem está na sua capacidade de objetivar o objeto empiricamente²⁴, em todas as suas dimensões (...) o número de pessoas é menos importante do que a

teix

²⁴ “A necessidade da rejeição da objetividade clássica não significa que devemos ou podemos abandonar nossa busca pelo conhecimento objetivo. Simplesmente que devemos modificar nossa teoria do conhecimento ou concepção da objetividade (...) A cientificidade das ciências sociais passa pela compreensão adequada da vida cotidiana”. (Douglas apud Machado, 1995, p. 90).

fl ~ ~ ~ ~ ~ ÿÿfl ~ ~ ~ ~ ~ ÿÿfl ~ ~ ~ ~ ~ r ~
~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ Ü ~ ~ Z
~ ~ ~ ~ ~ ®

.....®

.....®

.. \$ Ò

..... 3/4 3/4 3/4 P` .. Z3/4` ` 1/4` ì¥Á` 9
-` ` øŽ` ÿ Ł` P` ..`

.....®

.....®

.. \$ Ò

... 3/4 ... 3/4 ... P ... Z 3/4 ... 1/4 ... Á 9
... 0Z ... L ... P ...

.....®

.....®

.. \$ Ò

..... 3/4 3/4 3/4 P` .. Z3/4` ` 1/4` ì¥Á` 9
-` ` øŽ` ÿ Ł` P` ..`

.....®

.....®

.. \$ Ò

..... 3/4 3/4 3/4 P` .. Z3/4` ` 1/4` ì¥Á` 9
-` ` øŽ` ÿ Ł` P` ..`

Y¶ Y¶ v" C` r` j¶fl`

□□I□□□□□~□` □□□□□~□□□~□□□Ü□□□Z
□□~□□□®





□□\$□□□□□□□□□□ò

--	--	--	--	--	--	--	--

□□□~□□□Ü` `` Z
` ` ~ ` ` ®

.....®

.....®

.. \$ Ò

3/4` ` P` `` Z3/4` ` 1/4` iÁ` 9 - `` øZi` `` `` `` ` L` `` `` `` - `` P` ``

.....®

.....®

.. \$ Ò

..... 3/4 3/4 3/4 P` .. Z3/4` ` 1/4` ì¥Á` 9
-` ` øŽ` ÿ Ł` P~`

.....®

.....®

.. \$ Ò

..... 3/4 3/4 3/4 P` .. Z3/4` ` 1/4` ì¥Á` 9
-` ` øŽ` ÿ Ł` P` ..`

.....®

.....®

.. \$ Ò

1/4 9 0Z Ł P

.....®

.....®

.. \$ Ò

... 3/4 P ... Z3/4 1/4 i¥Á 9 ... øŽ¿ ... Ł ...
P~`

.....®

.....®

.. \$ Ò

... 3/4 ... 3/4 ... 3/4 P` ` Z3/4` ` 1/4` ì¥Á` 9
- ` øŽ` 200` ` Ł` ` ` P` `

²⁶ Apesar da ênfase dada a palavra, é importante, não perder de vista outras formas de comunicação humana também importantes e, como bem lembra Goffman, lançar mão dos “olhos e dos ouvidos do pesquisador como instrumentos refinados para captar sensações, situações, comportamentos sociais no processo interativo” (Goffman apud Machado, 1995, p. 86).

.....®

.....®

.. \$ Ò

..... 3/4 3/4 3/4 P` .. Z3/4` ` 1/4` ì¥Á` 9
-` ` øŽ` ÿ Ł` P` ..`

bjbjýlŷĩ` - ` ê?Ł` ŸŸ` ` ŸŸ` ` v"~` ` C` ` r`
..... ŸŸfl` ŸŸfl` ŸŸfl`

... r ... ~ ... ~ ... ~ ... Ü ... Z
... ®

.....®

.....®

.. \$ Ò

..... 3/4 3/4 3/4 P` .. Z3/4` ` 1/4` ì¥Á` 9
-` ` øŽ` ÿ Ł` P` ..`

.....®

.....®

.. \$ Ò

da comunicação nos temas específicos e atingirmos os objetivos propostos.

Referindo-se a noção de “entrevista em profundidade”, recurso metodológico valioso para reconstrução de histórias de vida, Minayo enfatiza sua importância tendo em vista que “geralmente acontece à liberação de um pensamento reprimido e que muitas vezes nos chega em tom de confiança (...) nele podemos encontrar o reflexo da dimensão coletiva a partir da vivência individual” (Minayo, 1999, p. 59).

Apesar de não termos a pretensão de aprofundar as entrevistas a esse nível, pudemos identificar em algumas das que realizamos o fenômeno acima descrito, confirmando uma vez mais que, o nível de profundidade obtido nesse tipo de interação, depende essencialmente de fatores, tais como nível de empatia, confiança mútua, disponibilidade interna para o diálogo, entre outros, podendo ser obtido independentemente do tempo disponível à entrevista.

Operacionalmente foram realizadas 11 entrevistas, com uma duração média de 40 min, sendo estendida a depender da necessidade de aprofundar um aspecto ou outro.

Posteriormente foram transcritas, sendo registrado conjuntamente impressões e sentimentos que nos ocorreram no momento da entrevista e da transcrição.

2.4.2. A observação participante.

Destacamos inicialmente a riqueza desta técnica para captarmos aspectos que não podem ser obtidos através das entrevistas e que, “observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real” (Minayo, 1999, p. 60).

Enquanto postura observacional buscamos nos inspirar na perspectiva paradoxal de “máxima internidade e máxima distância” que está no cerne da atual antropologia. “A máxima distância e a máxima internidade são dois processos mutuamente contraditórios, separados, mas vinculados, e que constituem as bases metodológicas da observação antropológica nos territórios

urbanos e das suas possíveis representações. O ponto de vista subjetivo, o do observado e do observador devem estar sempre presentes no próprio (foco) ocular: por isso o olhar antropológico é oblíquo. Seu ângulo cognitivo é dado pela calibração - que não é nunca determinada - entre a horizontalidade da empatia fusional²⁷ e a verticalidade da abstração visionária” (Canavacci, 1993, p. 21).

Considerando porém, a impossibilidade desta perspectiva ser vivenciada em toda sua riqueza e plenitude, tendo em vista a complexidade e limites inerentes aos processos de comunicação, se procurou estar atenta, aproveitando ao máximo possível, os elementos da interação em campo, como fonte de análise e comunicação.

O registro desses elementos, tais como impressões, sentimentos, indagações, bem como informações sobre a doença, o contexto e a relação com o serviço de saúde, foram sistematicamente registrados em Diário de Campo, no próprio campo ou ao final do dia quando retornávamos do trabalho.

Ressaltamos a preciosidade deste instrumento, sobretudo após o trabalho de campo, quando a memória é novamente acionada a partir dos fragmentos de registro realizado.

2.4.3. Consulta a documentos.

Consultamos alguns documentos oficiais listados na Bibliografia, com o objetivo de obtermos informações sobre aspectos históricos, geográficos, sócio-econômicos e político-administrativos do Cabo. Foram de especiais contribuições os registros históricos raros realizados pelos autores cabenses Ismael Felipe e Luiz Alves Lacerda, que tivemos acesso na Biblioteca Municipal.

²⁷ O autor entende por empatia “a solidariedade com a diversidade; por isso, é horizontal, enquanto paritária: coloca sobre o mesmo plano fusional observado o observador; enquanto a abstração verticaliza (isto é, eleva os níveis teóricos), discrimina, distancia-se do seu objeto para dele extrair modelos, mesmo que seja possível atenuar-lhes a dureza racional com a tensão visionária” (Canavacci, 1993, p. 26).

2.5. O tratamento do material.

Ao apresentar os pressupostos teóricos e metodológicos das formas de tratamento do material empírico mais correntes nas abordagens qualitativas de pesquisa, Minayo chama atenção para as dificuldades concretas de ultrapassar o nível dos dados aparentes, para penetrar e alcançar a compreensão mais profunda dos significados, bem como o desafio de unir à crítica teórica, uma proposta prática de análise que, ao mesmo tempo, se torne viável teórica e praticamente (Minayo, 1994).

Conscientes destes limites buscamos adotar para realização da análise do material, a proposta de Minayo, que segue os passos apresentados resumidamente a seguir:

a) *Ordenação dos dados*

Construção de um mapa horizontal a partir da transcrição de fitas-cassete; releitura do material; organização e pré-classificação dos relatos e dados de observação.

b) *Classificação dos dados:*

Constituição de um *corpus* ou de *vários corpus de comunicação*, no caso de haver várias categorias de informantes, a partir de uma leitura “flutuante”, exaustiva e repetida do material, que busca captar as estruturas de relevância dos atores sociais e as relações dialéticas entre as categorias analíticas teóricas e estas categorias empíricas. Segue-se, então, a uma “leitura transversal” e classificatória de cada corpo, que permite, num processo de aprofundamento cada vez maior, refazer e refinar o movimento classificatório.

c) *Análise final:*

Consiste no encontro da especificidade do objeto. De acordo com a autora, é o momento final do incessante movimento hermenêutico-dialético, que se eleva do empírico para o teórico e vice-versa, que se movimenta entre

o concreto e o abstrato, entre o particular e o geral, na perspectiva do “concreto pensado” – produto final e sempre provisório de qualquer pesquisa – que é, ao mesmo tempo objetivação da realidade e do investigador.

Como enfatiza Machado (1999), todo o processo de análise comporta uma seqüência de abstrações. “...Toda ação do pesquisador sobre o real, a partir do momento em que propõe uma pesquisa, significa desencadear uma seqüência de abstrações, cujo caráter isolante encontra sua validade no fato de constituir uma etapa para descobrir o que se oculta sob o imediatismo da evidência empírica” (Queiroz apud Machado, 1999).

Entendendo que a proposta analítica da Análise de Discurso²⁸ se assemelha em alguns aspectos e pode complementar a referida proposta, ousamos então, nos guiar também por alguns elementos teóricos e metodológicos que caracterizam essa disciplina, os quais – correndo o risco de ser demasiada simplista – descrevemos sucintamente a seguir, nos baseando especialmente em Orlandi (1999).

Como diz o autor referindo-se à Análise do Discurso, “partindo da idéia de que a materialidade específica da ideologia é o discurso e a materialidade específica do discurso é a língua, trabalha a relação língua-discurso-ideologia. Essa relação se complementa com o fato de que, como diz M. Pêcheux (1975), não há discurso sem sujeito e não há sujeito sem ideologia: o indivíduo é interpelado em sujeito pela ideologia e é assim que a língua faz sentido” (Orlandi, 1999, p. 17).²⁹

Quanto aos procedimentos metódicos, de forma semelhante³⁰ à

²⁸ A noção de “discurso” é básica nesta disciplina. “A palavra discurso, etimologicamente, tem em si a idéia de curso, de percurso, de correr por, de movimento. O discurso é assim palavra em movimento, prática de linguagem: com o estudo do discurso observa-se o homem falando (...) procura-se compreender a língua fazendo sentido, enquanto trabalho simbólico, parte do trabalho social geral, constitutivo do homem e da sua história” (Orlandi, 1999, p. 15)

²⁹ Outros elementos teóricos básicos para esta disciplina, sobretudo os que dizem respeito à linguagem e os processos de produção simbólica, em nosso entender, já foram suficientemente abordados na introdução deste documento.

³⁰ A abordagem da “interpretação” realizada pela Análise do Discurso distingue-se da hermenêutica. “A Análise do Discurso, visa compreender como os objetos simbólicos produzem sentidos, analisando assim os próprios gestos de interpretação que ela considera como atos no domínio do simbólico, pois eles intervêm no real do sentido (...) não estaciona na interpretação, trabalha seus limites, seus mecanismos, como parte dos processos de significação. Também não procura um sentido verdadeiro através de uma ‘chave’ de interpretação. Não há esta chave, há método, há construção de um dispositivo teórico. Não há verdade oculta atrás do texto. Há gestos de interpretação que o constituem e que o analista, com seu

proposta de análise sugerida por Minayo, a constituição do *corpus* é o primeiro passo a ser considerado. Seguindo na mesma linha, nessa constituição, onde delineam-se limites e se fazem recortes, não se busca a exaustividade horizontal, uma vez que ela é inesgotável, pois todo discurso se estabelece na relação com um discurso anterior e aponta para outro. Busca-se uma exaustividade vertical, em profundidade, tratando-se os “dados” como “fatos” da linguagem com sua memória, sua espessura semântica, sua materialidade. (Orlandi, 1999, p. 62)

O passo seguinte, se assim pudermos chamar, é tentar compreender como o objeto simbólico faz sentido, através de uma passagem da superfície lingüística (o material de linguagem bruto coletado) para o objeto discursivo, fazendo perguntas tais como “como se diz”, “quem diz”, “em que circunstância diz”, etc. (Orlandi, 1999, p. 65)

Continuando no aprofundamento da análise, dar-se uma segunda passagem – do objeto discursivo para o processo discursivo. “Nessa nova passagem, do objeto para o processo discursivo, passamos ao mesmo tempo do delineamento das formações discursivas para sua relação com a ideologia, o que nos permite compreender como se constituem os sentidos desse dizer (...) Em outras palavras, é trabalhando essas etapas da análise que ele observa os efeitos da língua na ideologia e a materialização desta na língua. Ou, o que, do ponto de vista do analista é o mesmo: é assim que ele apreende a historicidade do texto” (Orlandi, 1999, p. 67).

Como diz ainda o próprio autor sobre essa fase “destaca-se aí a textualização do político, entendido discursivamente: a simbolização das relações de poder presentes no texto” (Orlandi, 1999, p. 68).

Convém lembrar que em todo esse processo, há um constante ir-e-vir entre teoria, consulta ao *corpus* e análise. E o texto, o qual o analista também faz parte, é percebido como uma unidade, sendo remetido a todo instante “a um discurso que, por sua vez, se explicita em suas regularidades pela referência a uma outra formação discursiva que por sua vez, ganha sentido

dispositivo, deve ser capaz de compreender” (Orlandi, 1999, p. 67).

porque deriva de um jogo definido pela formação ideológica dominante naquela conjuntura” (Orlandi, 1999, p. 63).

Para finalizar, nos colocamos de acordo com uma posição filosófica defendida por Heller (1991), segundo a qual “ por mais que se esforce para evitar a objetivação do sujeito na pesquisa empírica, usando técnicas participativas, o pesquisador está sempre trabalhando o homem como sujeito-objeto, pois os meios de obter informação exercem influência sobre o sujeito que a fornece, mas não pode deixar de reificar metodologicamente esse sujeito na pesquisa empírica, para conhecer o que pensa, sente e faz (...) a reificação do sujeito nas ciências humanas não pode ser completamente suprimida, mas apenas contrabalançada; para isso é preciso conhecer tanto as teorias de sistema quanto as teorias de ação sob a orientação de um paradigma filosófico que desfetichize os sujeitos, a ação, a fala e a consciência dos seres humanos” (Heller apud Sawaia, 1995, p. 74).

Neste sentido, a escolha dos instrumentos metodológicos da pesquisa descritos neste capítulo, bem como nossa postura de pesquisadora e cidadã em campo, embasada pelos pressupostos teórico-filosóficos apresentados até o momento, e mediada por nossas próprias representações sociais, foi o melhor enfrentamento possível deste dilema que pudemos dispor neste momento.

CAPÍTULO 3

O engenheiro vai fazer uma estrada... ele não confia. Vai procurar na cidade aquele homem mais velho, que mora naquela cidade, que faz trinta, quarenta anos que mora ali e diz:

- Olha, durante esse tempo que tu mora aqui, já deu alguma cheia nesse rio que chegou até aqui?

Aí ele decide.

- Não, nunca chegou!

Aí ele vai levantar o pé.

Quer dizer que ele não confiou na ciência dele, confiou na natural.

(L.A.F., informante da nossa pesquisa)



3. RESULTADOS

Do material colhido no campo, buscamos registrar alguns elementos do cotidiano em Pirapama, percebidos quando lá estávamos, ou nos foi relatado pelas pessoas que entrevistamos ou informalmente conversamos, de forma a possibilitar ao leitor conhecer aspectos gerais das condições de vida da comunidade. Nesta etapa do trabalho damos alguns indicativos de como se deu nossa inserção na comunidade.

Identificamos ainda algumas representações relativas a questões como vida, saber científico e saber empírico, saúde e doença, entre outras, que contextualizam e dá maior legibilidade às representações sobre a LTA.

No que se refere às representações sociais da leishmaniose tegumentar americana, selecionamos algumas categorias de análise que expressassem estruturas de relevância quanto ao processo de adoecimento de LTA, quais sejam, diagnóstico popular, etiologia popular da leishmaniose, itinerário terapêutico, prevenção, cura da leishmaniose e eficiência das terapêuticas utilizadas, epidemiologia e impacto psico-social da doença.

A partir destas categorias tentamos sistematizar o curso do pensamento e da ação dos doentes de leishmaniose e do grupo do qual fazem parte, bem como retratar um pouco da sua experiência existencial no processo de adoecimento.

3.1. Um olhar sobre o cotidiano de Pirapama.

No centro do Cabo diariamente, de 30 em 30 minutos, os moradores de Pirapama tomam o transporte coletivo para retornarem às suas casas após realizarem seus afazeres naquela localidade ou em outros municípios da região metropolitana.

O retorno normalmente acontece de forma animada. As pessoas vão entrando no ônibus com suas sacolas, ora abarrotadas de suprimentos do

.....®

.....®

.. \$ Ò

..... 3/4 3/4 3/4 P` .. Z3/4` ` 1/4` ì¥Á` 9
-` ` øŽ` ÿ Ł` P~`

..... ÿÿfl | ~ ~ ~
.. Ü .. Z
.. ~ .. ®

.....®

.....®

.. \$ Ò

..... 3/4 3/4 3/4 P` .. Z3/4` ` 1/4` ì¥Á` 9
-` ` øŽ` ÿ Ł` P~`

.....®

.....®

.. \$ Ò

..... 3/4 3/4 3/4 P` .. Z3/4` ` 1/4` ì¥Á` 9
-` ` øŽ` ÿ Ł` P` ..`

.....®

.....®

.. \$ Ò

..... 3/4 3/4 3/4 P` .. Z3/4` ` 1/4` ì¥Á` 9
-` ` øŽ ĭ Ł P~`

... ÿÿfl ... ÿÿfl ... ÿÿfl ...
... | ... ~ ... ~ ... ~ ... Ü ... Z
... ~ ... ®

.....®

.....®

.. \$ Ò

..... 3/4 3/4 3/4 P` .. Z3/4` ` 1/4` ì¥Á` 9
-` ` øŽ` ÿ Ł` P` ..`

258` - ` ê?Ł` ŸŸ` ` ŸŸ` ` v”
~` C` r` ~~~~~~
~~~~~ ŸŸfl` ~~~~~ ŸŸfl` ~`  
~~~~~ ŸŸfl` ~~~~~  
~~~~~ |` ~~~~~ ~~~~~ ~~~~~ ~`  
~` Ü` ~` Z`  
~~~~~ ®`



.....®

.....®

.. \$ Ò

..... 3/4 3/4 3/4 P` .. Z3/4` ` 1/4` ì¥Á` 9
-` ` øŽ` ÿ Ł` P` ..`

.....®

.....®

.. \$ Ò

..... 3/4 3/4 3/4 P` .. Z3/4` ` 1/4` ì¥Á` 9
-` ` øŽ` ÿ Ł` P` ..`

?L` YŸ` ` YŸ` ` v" ` C` ` r` `` yŸfl
.....` yŸfl`` yŸfl`` l`` ~"
.....` ~" ` ~" ` Ü` ` Z
.....` ®

.....®

.....®

.. \$ Ò

..... 3/4 3/4 3/4 P` .. Z3/4` ` 1/4` ì¥Á` 9
-` ` øŽ ĭ Ł P~`

.....®

.....®

.. \$ Ò

..... 3/4 3/4 3/4 P` .. Z3/4` ` 1/4` ì¥Á` 9
-` ` øŽ ĭ Ł P~`

bjbjýlŷĩ` - ` ê?Ł` ŸŸ` ` ŸŸ` ` v"~` ` C` ` r`
..... ŸŸfl` ŸŸfl` ŸŸfl`

..... | ~ ~ ~ Ü Z
..... ®

.....®

.....®

.. \$ Ò

..... 3/4 3/4 3/4 P` .. Z3/4` ` 1/4` ì¥Á` 9
-` ` øŽ` ÿ Ł` P` ..`

... ÿÿfl ... ÿÿfl ... ÿÿfl ...
... | ... ~ ... ~ ... ~ ... Ü ... Z
... ~ ... ®

.....®

.....®

.. \$ Ò

..... 3/4 3/4 3/4 P` .. Z3/4` ` 1/4` ì¥Á` 9
-` ` øŽ` ÿ Ł` P` ..`

.....®

.....®

.. \$ Ò

..... 3/4 3/4 3/4 P` .. Z3/4` ` 1/4` ì¥Á` 9
-` ` øŽ` ÿ Ł` P` ..`

.....®

.....®

.. \$ Ò

..... 3/4 3/4 3/4 P` .. Z3/4` ` 1/4` ì¥Á` 9
-` ` øŽ` ÿ Ł` P~`

r yyfl yyfl
..... yyfl r ~" ~" ~" Ü
Z
..... ®

.....®

.....®

.. \$ Ò

..... 3/4 3/4 3/4 P` .. Z3/4` ` 1/4` ì¥Á` 9
-` ` øŽ` ÿ Ł` P` ..`

bjbjýlŷĩ` - ` ê?Ł` ŸŸ` ` ŸŸ` ` v"~` ` C` ` r`
..... ŸŸfl` ŸŸfl` ŸŸfl`

..... | ~ ~ ~ Ü Z
..... ®

.....®

.....®

.. \$ Ò

..... 3/4 3/4 3/4 P` .. Z3/4` ` 1/4` ì¥Á` 9
-` ` øŽ` ÿ Ł` P` ..`

.....®

.....®

.. \$ Ò

... 3/4 ... 3/4 ... 3/4 ... P` `` Z3/4` ` 1/4` das casas da redondeza e por localizar-se na parte alta do mesmo. Das suas janelas pode se ter uma visão mais ampla de Pirapama. É curioso perceber como as antenas parabólicas e o caminhão da coca-cola se misturam ao verde intenso da vegetação.

A equipe de saúde falou a maior parte da reunião, que se estendeu até por volta das quatorze horas. Durante todo o evento, a palavra esteve quase sempre com as mesmas pessoas, apesar de todos demonstrarem atenção com os que se dispunham a apresentar seus interesses e pontos de vista.

Aproveitamos a oportunidade para informar a comunidade sobre o estudo que estávamos desenvolvendo naquela área e pedir a colaboração de todos, no sentido de partilhar conosco suas experiências. A minha acolhida pelo grupo foi confirmada quando, ao final da reunião, duas senhoras timidamente se dirigiram a mim, querendo conversar sobre o assunto.

Aquela manhã de domingo foi encerrada com um farto lanche – frutas, refrigerantes, bolos, macaxeira com carne do sol – servido num clima de animação. Não pude deixar de perguntar quem teria sido o patrocinador de tudo aquilo. Informaram-me, com ares de orgulho, que uma parte havia sido oferecido pela Secretaria de Saúde, e outra pela comunidade, que tinha como costume contribuir com os produtos da terra, em eventos desta natureza.

A este propósito, as pessoas me apresentaram a comunidade de Pirapama pela hospitalidade e solidariedade características do lugar. “Aqui ninguém passa necessidade, pois se alguém souber, todos correm para ajudar”; “quem vai ao sítio sempre volta com alguma coisinha de lá, porque o pessoal faz questão de agradar”. Estes foram alguns depoimentos que ouvi e tive a oportunidade de constatar, inclusive, voltando para minha casa, algumas vezes, com banana ou macaxeira na sacola.

Já naquela ocasião, comentários como aqueles me faziam pensar em “troca de favores”. Senti receio de dar uma interpretação equivocada aos fatos, ou, quem sabe, estar enxergando além do que as pessoas permitiriam, atribuindo um significado ideológico ao que chamavam de hospitalidade e amizade. Tentando me sentir mais aliviada, atribuí aquela primeira impressão à

influência das leituras sobre a região açucareira e sua política clientelista, o que reforçou ainda mais a impressão.

Entrando um pouco mais na intimidade do povoado, pude perceber que a rede de solidariedade defendida com orgulho pela comunidade, tratava-se de uma estratégia de sobrevivência diante das precárias condições de vida e insuficiência dos poderes públicos.

“Eu ganho pouco, mas eu faria qualquer coisa! Eu pediria emprestado, compraria esta vacina. Mas não tinha pra comprar. E eu arranjei através de que? De amizade! (...) é melhor ter amigos do que dinheiro” (M., 40 anos, mãe);

“É Deus no céu e S. (Vereador) na terra! (...) se não fosse ele... ele dar o carro pra ir buscar, ele dar a Ambulância pra vir trazer, dar a Toyota, seja o que for. O remédio do meu sogro, o comprimido de cansaço, que ele sofre do coração, sempre quem dar é ele (...) se for de noite, é entregar nas mãos de Deus, porque esse vereador daqui de Pirapama não quer fazer benefício pra gente lá de dentro, porque agente se pega mais com S.(...) agente chega lá e ele diz ‘vão buscar S.’” (R., 27 anos, nora).

Não questionar a ordem social sustentada pela idéia de que *“é melhor ter amigos do que dinheiro”* parecia uma forma daquele grupo evitar o conflito e manter a aparente tranquilidade... Pude presenciar uma situação em que alguém discordou deste pensamento e foi duramente criticado: *“Então a senhora acha que, se no final do mês eu estivesse cheio de conta pra pagar, e não tivesse dinheiro, os amigos pagavam?”* Irritada a senhora responde *“De mim sei eu, que tenho amigos que me ajudam quando preciso. Se o senhor não tem amigos, é um problema seu” (M., 40 anos, mãe).*

Além destas lembranças, daquele primeiro contato coletivo com a comunidade, ainda guardo duas mensagens (que estimulam uma postura conformista e individualista diante dos problemas da vida) assinadas e distribuídas naquela reunião por um dos candidatos a vereador e líder comunitário, as quais transcrevo a seguir alguns trechos.

Para Renovar-vos

“Não espere viver sem problemas, de vez que problemas são ingredientes da evolução, necessários ao caminho de todos”.

“Ante os próprios erros não descaixe para desculpismo e sim enfrente as conseqüências deles, a fim de retificar-se como quem aproveita pedras para construção mais sólida”.

“Lembre-se de que você é um espírito eterno e se você dispõe da paz na consciência, estará sempre inatingível a qualquer injúria ou perturbação”.

Palavras de Reflexão

“O sentimento mais ruim? O rancor”.

“O presente mais belo? O perdão”.

“A proteção efetiva? O sorriso”.

“O melhor remédio? O otimismo”.

“A força mais potente do mundo? A fé”.

Estas mensagens lembram outro fato curioso ocorrido alguns dias depois. Apesar da existência de Radio Comunitária no povoado, circulou por várias horas um carro de som que, além da altura, chamava à atenção pela lataria toda pintada com propaganda de um candidato à eleição. Divulgava um show de uma famosa cantora evangélica, que estava para acontecer na localidade. As músicas se repetiam exaustivamente veiculando mensagens de “fé” e “salvação”. Impressionou-me como a política e a religião estavam intensamente atreladas também naquele lugar.

A vida em Pirapama se arrasta sem muitas novidades. M., 40 anos, mãe de um portador, enfrenta a monotonia acompanhando-se de um lápis e caderno, para registrar entre um freguês e outro que entra no frigorífico em que trabalha, impressões do dia ou fragmentos de notícias de jornais velhos e revistas. Também ler e escreve cartas para as pessoas da comunidade que não tem leitura. E assim, vai tentando espantar o medo do filho “perder a perna”, porque pegou leishmaniose; esquecer as lembranças tristes de um tempo recente, quando cansava de apanhar do marido bêbado, sem direito nenhum a defesa; ou quem sabe ainda, refugiar-se da solidão. Afinal, nem

sempre é fácil dialogar e ser compreendida por pessoas da comunidade, “limitadas”, em certo sentido, por não terem tido a mesma sorte de, como ela, estudar até o segundo grau, ou por serem religiosos radicais que em tudo vêem pecado e o castigo de Deus.

Além de ter estudado M. é “privilegiada” por também trabalhar no comércio. Uma das informantes nos contou o quanto ela e outras mulheres gostariam de ajudar seus maridos a manter a casa, mas não conseguiam trabalho. No período da entre safra às famílias sobrevivem de pequenos biscates e da Bolsa Escola que equivale a vinte e cinco reais / mês por cada filho.

Ainda assim, M. comenta como se estivesse pensando alto: *“as coisas vão ser sempre assim! Eu acho que muita gente espera tanta coisa da vida, mas eu não espero mais nada, muita coisa boa... muita melhora não... aí agente deve aproveitar os bons e os maus momentos... os maus momentos vão botando pra traz e os bons, a gente vai aproveitando alguma coisa, e assim agente vai recebendo e comendo...”*.

Já M., 34 anos, evangélica mais convicta, dar “Glória a Deus” diante de suas dificuldades... “Eu sempre passei um bocado de tempo trabalhando, depois a firma me botou pra fora, então hoje já faz uma base de 11 anos que eu estou parada (...) Sou crente, pra a Glória de Deus, né? Faz 10 anos que o Senhor me salvou, me libertou, né? E hoje Ele transformou minha vida e hoje eu estou lavada e remida no sangue de Jesus, né? e faço parte da Assembléia de Deus” (M., 34 anos), portadora).

Certa vez fomos realizar uma entrevista na Rua Evangélica. Era cedo da tarde e o sol queimava. Como sempre, fomos bem acolhidas pelo portador, um jovem forte, que antes dormia com outro irmão num quarto pequeno e quente. Logo chegaram o pai e outros irmãos que observavam a conversa, colocando também suas opiniões.

Aquele senhor me falou que todos em sua casa estavam sem trabalhar. Enquanto não chegava a época do corte da cana – de setembro em diante – faziam algum biscate quando aparecia. Foi num desses períodos que o filho pegou leishmaniose no acampamento dos Sem Terra, em Moreno. A filha, que

era meio doente (tomava remédio para epilepsia) é que fazia uma unha de vez em quando. Entre tantas coisas que conversamos, o dono da casa emitiu opinião a respeito da importância do estudo – que infelizmente não teve acesso – e da Lei Evangélica, a mais correta, a qual todos de casa já fizeram parte, mas, atualmente só sua esposa é que acompanha.

De volta ao Posto, estava curiosa com relação às origens da “Rua Evangélica”. A ACS então me contou, que alguns anos atrás, chegou um novo pastor na comunidade, comprou um grande terreno e distribuiu em pequenos lotes, entre os irmãos da sua denominação evangélica. O fato, inclusive, levou algumas pessoas a saírem da Igreja Batista para Assembléia de Deus, dando início à construção daquela rua onde só moravam evangélicos.

O lazer em Pirapama é escasso. Uma bebida na venda e o jogo de futebol aos domingos, são referidos por todos como a distração dos homens. As mulheres cuidam dos afazeres domésticos, conversam com as vizinhas e participam do culto ou missa, conforme o credo “escolhido”.

Tivemos a oportunidade de estar em Pirapama no período de uma das festas pernambucanas mais tradicionais – o São João. Do conjunto das ruas, uma destacava-se pelas fogueiras e bandeirolas – a rua onde mora a família do vereador. As demais, quase não tinham enfeites, principalmente a Rua Evangélica, uma vez que seus moradores não se envolvem com essas “coisas do mundo”.



Naquela ocasião, fui atraída por um belo vestido estendido na frente de uma casa, quase como se ainda vestisse um corpo que se debruçava na janela. Foi então que fiquei sabendo que é originária de Pirapama uma das Quadrilhas que mais tem recebido prêmios nos

concursos promovidos pela Rede de Televisão Globo. Meu entusiasmo deu

lugar ao espanto quando percebi que as pessoas pouco sabiam a este respeito e não pareciam ter interesse por ela. Alguns inclusive, a reprovavam por ter a participação de jovens homossexuais. “É por isso que não quero que meu filho aprenda a dançar”, disse-me uma ACS.

O Pagode, porém, vindo de fora em ocasiões especiais, tem uma grande aceitação, revelando possivelmente a massificação promovida pelos meios de comunicação.

Posso dizer que também participei na localidade de uma “festa” bastante diferente, no período das intensas chuvas de agosto. O rio transbordou. O clima comunitário era de tensão e euforia.

A rua principal ficou inundada. Todos saíam as ruas e as crianças e adolescentes aproveitavam para passear de jangadas e mergulhar naquelas águas volumosas. Evangélicos comentavam em voz baixa, passagens do Antigo Testamento, quando Deus castigava o povo pelo coração duro. Deste período, quando as forças da natureza se fizeram presentes mais uma vez, com todo seu esplendor, resultaram lavouras perdidas e um pouco mais de desencanto.



Após alguns dias, finalmente as águas escoaram e o sol voltou a brilhar, sobretudo nas cachoeiras, oferecendo uma paisagem digna de cartão postal e daquele povo que sofre colocando em Deus sua fortaleza e esperança.

Mergulhar no cotidiano desta comunidade, ouvir suas histórias e

perceber seu estilo de vida nos fez crescer como pessoa e nos possibilitou reconhecer algumas das suas representações sobre saber, saúde, e em especial, sobre a Leishmaniose Tegumentar Americana.

3. 2. Representações sobre saber científico e saber empírico.

Fomos conversar sobre leishmaniose com um dos moradores mais antigos da localidade, indicado pela enfermeira do PSC por vários motivos: era um bom conhecedor das histórias da região, tinha grande experiência com a leishmaniose – pelas pessoas que o procuravam com a doença e por ele próprio e alguns dos seus parentes terem sido recentemente infectados – e apresentava grande resistência à “carrocinha” levar seus cachorros.

Buscamos o informante e nos deparamos com um sábio que conosco partilhou concepções e experiências de vida profundas. Mais que sua idade, sua postura e convicções impunham respeito e admiração a quem lhe escutava.

Apesar de algumas destas questões não terem sido diretamente abordadas por outros informantes, pela riqueza e conexão com as demais representações identificadas, consideramos importante partilhar a seguir com o leitor, mesmo correndo o risco de simplifica-las. Identificamos em seu discurso que a medicina é arrogante. Mas quando tenta se igualar a Deus, Ele demonstra a sua fragilidade. Ao contrário, o saber “natural” reconhece seu limite e deixa espaço para o transcendente e o mistério.

“Hoje a medicina está muito avançada e os médicos só deixa morrer um no último grau. Mas tem Aquele Poderoso... que é Mestre dos mestres, Chefe dos chefes... quando o camarada está pensando que ele é um Deus... Ele diz ‘eu vou botar isso aí pra vê se tu conhece!’” (A., 68 anos, portador).

“Nunca ninguém termina de aprender ciência... Eu tenho várias coisas que os médicos, engenheiro formado... Ninguém diz que é mentira. Com quem

aprendo? Deus que mim deu” (A., 68 anos, portador).

Saber é poder, e na relação entre saber científico e saber empírico, o critério definitivo é dado pelo segundo. Em alguns momentos a experiência parece se identificar com o sagrado, o mistério, o próprio “Deus”, que é infundável e se renova a cada ano de experiência.

“O saber é muito importante. Quem sabe é muito importante. Pois todo mundo quer saber pra ser importante, que eu também quero! Agora que nem todo mundo sabe... Porque o Homem não dar a todo mundo não. Dá aquele que ele escolhe” (A., 68 anos, portador).

“O engenheiro vai fazer uma estrada... ele não confia. Vai procurar na cidade aquele homem mais velho, que mora naquela cidade, que faz trinta, quarenta anos que mora ali e diz... ‘Olha, durante esse tempo que tu mora aqui, já deu alguma cheia nesse rio, que chegou água até aqui?’ Aí ele decide. ‘Não, nunca chegou!’ Aí ele vai levantar o pé. Quer dizer que ele não confiou na ciência dele, confiou na natural. Tem gente que bate muitos metros quando vai fazer um prédio, corre pro velho e o velho diz ‘aqui já deu cheia de dá dez metro de fundura!’ Aí ele num faz” (A., 68 anos, portador).

A observação dos fatos e o que é experienciado no cotidiano, vai fornecendo as bases sobre as quais o conhecimento “natural” vai sendo construído e representado.

“Eu tinha dezoito anos... já morava dentro da gafieira... trabalhava, vendia gado, solteiro... era todo dia uma mulher! Não pegava moléstia venérea. A aids não existia. Naquele tempo não usava camisinha! Se existisse a Aids a vinte ou trinta anos atrás, num acabava com a metade do povo do mundo?!” (A., 68 anos, portador).

“Quanto mais os médicos estudam e a medicina avança mais aparece

□□□□□®

□□□□□®

□□\$□□□□□□□□□□Ò

... 3/4 P Z3/4 1/4 i¥Á 9
- 0Z ĩ Ł P

□□□□□®

□□□□□®

□□\$□□□□□□□□□□Ò

□□□□□□³/₄□□□□□□□□³/₄□□□□□□□□³/₄□□P□□□Z³/₄□□¹/₄□i¥Á□9
□□□□∅□¿□□□□□□□□□□□`-`~` P~`

□□□□®

□□□□□®

□□\$□□□□□□□□□□Ò

□□□□□®

□□□□□®

□□\$□□□□□□□□□□Ò

□□□□□□³/₄□□□□□□□□³/₄□□□□□□□□³/₄□□P□□□Z³/₄□□¹/₄□i¥Á□9
□□□□□□∅□¿□□□□□□□□`´´´´-´´´´ P~´´`

□□□□□□□□ÿÿ□□□□□□□□□□ÿÿ□□□□□□□□□□ÿÿ□□□□□□□□□□
□□□□□□□□/□□□□□□~□□□□□□□□~□□□~□□□Ü□□□Z
□□~□□□□®

□□□□□®

□□□□□®

□□\$□□□□□□□□□□Ò

□□□□□®

□□□□□®

□□\$□□□□□□□□□□Ò

.....®

.....®

.. \$ Ò

..... 3/4 3/4 3/4 P` .. Z3/4` ` 1/4` ì¥Á` 9
-` ` øŽ` ÿ Ł` P` ..`

.....®

.....®

.. \$ Ò

..... 3/4 3/4 3/4 P` .. Z3/4` ` 1/4` ì¥Á` 9
-` ` øŽ` ÿ Ł` □□□ P□□

□□□□□□□□□□□□□□□□/□□□□□□~□□□□□□□□~□□□□~□□□□Ü□□□□Z
□□~□□□□®

□□□□□®

□□□□□®

□□\$□□□□□□□□□□Ò

□□□□□®

□□□□□®

□□\$□□□□□□□□□□Ò

... 3/4 ... 3/4 ... 3/4 ... P ... Z^{3/4} ... 1/4 ... Á 9
... Ž ... Ł ... P ...

bjbjýlŷĩ - ê?Ł` ŸŸ` ` ŸŸ` ` v"~ ` C` ` r`
ÿŸfl` `ÿŸfl` `ÿŸfl`

□~□□□~□□□Ü□□□Z
□□~□□□®

□□□□□®

□□□□□®

□□\$□□□□□□□□□□Ò

□□□□□®

□□□□□®

□□\$□□□□□□□□□□Ò

□□□□□®

□□□□□®

□□\$□□□□□□□` `` Ò

..... 3/4 3/4 3/4 P` .. Z3/4` ` 1/4` ì¥Á` 9
-` ` øŽ` ÿ Ł` P` ..`

□□□□□□□□/□□□□□□~□□□□□□□□~□□□□~□□□□Ü□□□□Z
□□~□□□□®

□□□□□®

□□□□□®

□□\$□□□□□□□□□□Ò

□□□□□□□□□□□□□□□□/□□□□□□~□□□□□□□□~□□□□~□□□□Ü□□□□Z
□□~□□□□®

□□□□□®

□□□□□®

□□\$□□` ` □□□□□□□Ò

□□□□□®

□□□□□®

□□\$□□□□□□□□□□Ò

□□□□□□□¼□□□□□□□¼□□□□□□□¼□□P□□□Z¼□□¼□(...) *Fica assim que nem... uma pessoa... espetando o pé. Furava. Era mesmo que uma dor de dente curta, mas pior*” (C., 18 anos, portador).

As noites são especialmente sofridas para os portadores da lesão. É como se fosse um momento mais propício para a “coisa” entrar em ação.

“Eu passei a noite todinha acordado, chorei... de dor (...) Vim dormir de madrugada com essa dor” (C., 18 anos, portador).

“... quando batia de noite aí pegava a doer” (A., 68 anos, portador).

“... quando olhava assim o meu esposo, e ele se deitava, que eu olhava, dizia ‘ai meu Deus!’, e ele gemia de um lado, eu gemia do outro, e era uma coisa só, era uma coisa tremenda” (M., 41 anos, portadora).

“... tem gente que dói... da minha mulher mesmo doía, tinha noite que ela nem dormia ... mordida, ficava aquilo escorrendo... aquilo nos pano...” (M., 33 anos, portador).

A vivência dos sintomas pode variar de uma pessoa a outra, mas em sua maioria, encontramos características semelhantes. Referem que a ferida é indolor, por exemplo, mas acabam adiante falando de episódios de dores intensas, provavelmente relacionadas às infecções secundárias, conforme o que lhes é informado pelo serviço médico.

“Num sinto nada não... lá muita gente tem que dói ...” (M., 33 anos, portador).

“Não doía quando botava remédio, não dói nem nada... aí fica um negócio morto né?” (C., 18 anos, portador).

“Agora não doía, não dói... a leishmaniose não dói (...) nunca em dias

da minha vida sofreu uma dor dessa!” (A., 68 anos, portador).

“... o médico disse lá a ele que não é o ferimento que dói, o que dói é a enfermidade, né? fica suja, né?” (S., 33 anos, filho e pai).

A “coisa”, que ora é feminino, ora é masculino ou indeterminada, cresce rapidamente, é invasiva, insensível, úmida e tem cheiro fétido. A partir de uma explicação médica passa a ser denominada como “enfermidade”. Ela parece se adequar melhor a determinadas condições que em outras, demandando um certo aprendizado para lidar com ela. O quente, o frio e a sujeira, por exemplo, a incomodam especialmente, e isto é expresso no alívio ou exacerbação dos sintomas.

“... ela tava se gerando essa doença” (S.R., 54 anos, portador).

“... queimava que nem fogo quando ela afetava, quando ela ficava no sol assim... aí eu botava um negócio e ela parava de queimar...” (M., 33 anos, portador).

“... era cada grito que da minha casa ouvia... sei que depois que eu saía de dentro d’água (após o banho na bica) ia aliviando, aliviando, apalacava uma coisinha” (A., 68 anos, portador).

“... amarrava um pedaço de gelo no braço pra ele deixar eu dormir, porque ele ficava comendo a carne, né? E eu ficava muito agoniada” (M., 34 anos, portadora).

Observa-se que alguns aspectos vão sendo considerados até se dar o reconhecimento da especificidade desta ferida com relação às demais, corriqueiras, ou outros tipos de lesões. A intensidade dos sintomas, a qualidade da ferida e a resistência às terapêuticas utilizadas são pouco a pouco percebidas, levando o portador a suspeitar da doença:

“Todo curativo que eu fazia, todo tipo de medicamento que eu botava que eu estava acostumado de fazer num corte... no lugar de aliviar a dor ia aumentando” (A., 68 anos, portador).

“Eu ficava me coçando... porque tem um ano mesmo que eu estouro, pipoco todinho e sara, não me preocupa, aí essa eu nem liguei, pensei que ia sarar, mas foi crescendo, crescendo, aí minha avó teve que me levar pro médico” (E., 14 anos, portadora).

“... teve um tempo assim, como se fosse uma pereba normal (...) que eu tenho essas feridinha, é uma alergia, nasce um carocinho pequenininho assim que nem aconteceu com essa mesma, e se gera, aí com uns tempo eu tomo uns comprimido, aí ela sai as cicatriz todinho assim oi, sara todinho, é alergia” (J., 19 anos, portador).

“... a minha não escorre, não dói, não faz nada não... ainda bem né? (...) o dela não é que nem o da gente não, o dela é por dentro assim, aquele negócio cheio de carocinho assim, aquilo preto... porque tem várias qualidades disso aí” (M., 33 anos, portador).

A doença vai gradativamente assumindo uma dimensão trágica:

“... meus colegas (doentes)... eu até olhava assim... e pensava, ‘será que eu vou ter uma doença dessa, meu Deus...’ e acabei pegando mesmo...” (C., 18 anos, portador).

“... vai crescendo... deixando tomar conta... tomando o corpo da pessoa todinho. Teve gente lá no engenho ali no engenho que saiu 5 ou 6. Teve uma mulher lá que tomou 119 injeção para poder ficar curada!” (M., 33 anos, portador)

Há então um processo de socialização da enfermidade, quando o

portador começa a partilhar seu incômodo com os parentes e além do âmbito familiar, com outras pessoas da comunidade.

Esta experiência vivenciada dentro da própria família ou com outras pessoas do convívio, se constitui no elemento central para a conformação do diagnóstico popular inicial, que é partilhado pelo grupo. É preciso que haja uma confirmação social do saber empírico para que ele seja considerado válido.

“Porque da mesma que saiu em mim saiu nos pessoal lá e ela (a esposa) foi primeiro pro médico e ele disse que era isso aí” (M., 33 anos, portador).

“Eu perguntei como foi que surgiu a dele. Ele disse que foi assim, a mesma coisa como surgiu a minha (...) alguns mim diz que é muito ruim mesmo. Que nem um disse mesmo que um menino tinha sete!” (C., 18 anos, portador).

“... agente descobrimos através do meu irmão, que foi quem pegou primeiro” (S., 33 anos, filho e pai).

“... logo no começo eu procurei logo o doutor que ela (repcionista do PSC) me informou, mas antes disso eu já tinha visto muita gente (com a doença) lá no colégio...” (C., 18 anos, portador).

“A pessoa tá com uma enfermidade e não sabe que... bota uma coisa e bota outra, num sara... num tá sabendo que moléstia é aquela uma hipótese... agora todo mundo já sabe, quando vê a pereba nem pergunta porque já sabe que é a leishmaniose” (A., 68 anos, portador).

Há porém, um recurso objetivo para a validação do diagnóstico popular da leishmaniose, paralelo ao critério da experiência socializada: o exame:

“... eu não sei dizer como foi (que pegou a doença), né? (...) porque eu

não vi, né? (...) eu só descobri que era o germe do cachorro, através dos exames que fiz lá, aí o médico disse que era” (M., 34 anos, portadora).

“Aí ele (médico) fez exame... aí se for dela ele diz, né? Quando eu cheguei lá pra pegar o resultado do exame aí ele disse que era” (M., 33 anos, portador).

“... ele (irmão) foi pro médico, né? fez o exame, aí quando chegou lá que fez o exame, aí o médico disse que era essa doença gerada do cachorro... só que quando foi depois foi que a gente ficou descobrindo através das outras pessoas que ficaram doente que foram pro médico” (S., 33 anos, filho).

“... ele (médico) examinou, tirou sangue, examinou, disse ‘ainda tá se gerando, viu?’” (S.R., 54 anos, portador).

3.5. Etiologia popular da Leishmaniose.

Na medida em que vão surgindo os sinais e sintomas, iniciam-se também indagações sobre as causas da lesão. Assim, da especulação sobre a etiologia e modos de transmissão da leishmaniose, surgem hipóteses de ordem metafísica, ambiental, física e biológica:

“É que nem meu irmão tava dizendo parece que foi uma coisa que fez com que ele pegasse (...) porque quando ele (genro) terminou de tratar de todo mundo, que todo mundo tava bom, ele pegou” (R., 27 anos, nora).³¹

“As pessoas (os vizinhos do portador) diz ‘é porque Deus tá castigando...’ (...) Mas não é. Não é porque é... É como uma peste que sobreveio toda a humanidade, ele não procura em quem cai, não. Ela vai pra todo mundo” (M., 41 anos, mãe).

“É que nem essa doença de agora (...) vem através dessas fábricas, através desses esgotos (...) vem pelo ar mesmo, pelo tempo (...) muitos trabalham com muito material químico, tem uma seção na COPERBO mesmo que o cara trabalha 2 meses, 3, já tá aposentado, porque quando ele sai de dentro não presta mais nem pra jogar no munturo!” (A., 46 anos, pai).

“... eu pensava que era um “pé de cabelo” (C., 18 anos, portador).

“Peguei trabalhando no campo, uma formiga me mordeu, né? E ele se gerou (...) a formiga muita vez tava contaminada...” (S.R., 54 anos, portador)

Há, em algumas destas suposições, uma tendência a sentir-se culpado por ter contraído a doença:

“Eu matei a formiga, aí se gerou, né?” (S.R., 54 anos, portador)

“... eu jogava bola... Eu era chegado assim a uma chuteira... Eu tirei um cabelo... Aí nasceu” (C., 18 anos, portador).

Fazem referência a cadeia de transmissão da leishmaniose baseada na concepção biomédica do processo saúde-doença, ainda que a reproduzindo de forma fragmentada. No entanto, questionam e resistem a esta informação, baseando-se numa cadeia de argumentação lógica, construída a partir de sua realidade e dos fragmentos de informações técnicas absorvidas no contato com os trabalhadores da saúde:

“Minha avó tem 83 anos. Ontem mesmo ela teve na minha casa e eu conversando com ela, ela disse ‘minha filha olhe, isso até pode até ser do cachorro, mas no princípio mundo já existia essa doença (...) quando eu mim entendi de gente (...) eu nunca peguei nela mais família minha já pegou” (R.,

³¹ O portador realiza atividades de auxiliar de enfermagem e é uma referência nos engenhos para tratamento de enfermidades mais simples.

27 anos, nora).

“... eu não sei, dize que é através do cachorro quando fica com as unha grande e rabugento, aí o mosquito que senta ali, transmite a doença pra gente (...) o médico começou explicando como era, né? Era quando o cachorro era rabugento, as unhas grande e o mosquito mordía ele, então aquela mordida do mosquito, quando assentava na pessoa, e a doença já passava pra gente” (S., 33 anos, filho e pai).

“Ele (filho) apanhou ela (doença), ele tava num acampamento dos sem terra, em Moreno, quer dizer que o acampamento dos sem terra é dentro dos matos, né? e lá não tinha cachorro, é isso que eu estou dizendo, que essa doença não pega pelo cachorro (...) porque no meu ponto de vista, se fosse dos cachorro tinha muita gente doente com isso aí, os hospitais não cabia mais de gente (...) Tem casa que o cabra chega que tem 5, 6 cachorro e ninguém sofre, é por isso que eu estou dizendo que isso não é negócio de cachorro, já é outra doença” (A., 46 anos, pai).

“... dize que é o mosquito que vem e morde o animal e vem e morde a pessoa... eu acho que é isso aí mesmo... eu não sei, tem hora que nem dá pra acreditar nesses negócio (...) Lá em casa não tem cachorro e eu peguei esse negócio, eu, a mulher e o menino, e tem casa lá que tem cachorro, desses cachorro vira lata, todo rabugento e não pega” (M., 33 anos, portador).

Não encontrando resposta satisfatória nas próprias suposições nem no discurso biomédico, permanece a dúvida:

“...ninguém sabe do que é, ninguém sabe de que vem, ninguém sabe de que é que o cara pega. Aí é a donde tá a história, né?” (A., 68 anos, portador).

É difícil para as pessoas expressarem o nome oficial da doença – o que a torna ainda mais estranha para aquele grupo – e nomes populares mais

simples não sendo socializados:

“Estermeliose... Sei lá! Um negócio que se diz assim... se diz que é do cachorro (...) a gente nem o nome da doença sabe dizer, que é difícil pro cara dizer!” (M., 33 anos, portador)

*“Ninguém sabe do nome (da doença), eu num sei bem do nome não... *o filho, J., diz ‘o pessoal aqui chama micróbio de cachorro...’” (A., 68 anos, pai)*

Os depoimentos acima sugerem a construção cultural da idéia que o cachorro seria o grande responsável pela doença. A comunidade, porém, resiste o quanto pode de se livrar dos cães doentes.

“... a carrocinha por lá... pra pegar os cachorro que tiver doente... pa pegar os cachorro e levar, pronto. Eles dizem que é o mosquito que morde o cachorro ai vem, morde a pessoa ai fica aquele negócio” (M., 33 anos, portador).

“Eu mesmo tinha um (cachorro) aqui, a carrocinha pegou muitos aí por baixo, eu disse ‘o meu não leva, porque isso aí não é de cachorro’” (A., 46 anos, pai).

Os cães têm para essas pessoas, sobretudo as que moram na mata, um significado especial. O cachorro é amigo, companheiro e protege suas propriedades e famílias dos ladrões:

“Ele (portador) gostava muito dos cachorros dele. Teve um cachorro que o tempo que ele passou no hospital o cachorro adoeceu... o cachorro num queria comer, o cachorro que pra onde ele ia tava mais ele. Ele saiu de casa, mas o cachorro ta lá triste, triste. Vai no quarto onde ele dorme, volta. Vai po lugar que ele ia tomar banhe, volta (...) Gostava porque vigia a casa dele. Quando ele tava dormindo, qualquer coisinha que o cachorro latia ele já tava

atento, porque pó lá sempre aparecia esses ladrão de cavalo... a gente tem as coisinhas da gente aí ele gostava dos cachorro, tanto ele, como eu, como os pessoal, tudo gosta dos cachorro, por causa disso. Porque quem mora num lugar daquele tem que cuidar dos cachorros, tem que ter um animal na porta pra dá aviso, né?” (R., 27 anos, nora).

A resistência em relação a abordagem do serviço só é superada quando o sofrimento de adoecer de leishmaniose é vivenciado dentro da própria família, e passa a ser maior do que a dor da perda de seus animais de estimação.

“Ele (portador) nunca deixou ninguém levar os cachorro, mai já que ele caiu doente, já mandou levar! O melhor cachorro que ele gostava a carrocinha já levou...” (R., 27 anos, nora)

“...meu filho já tá com a doença. Eu vou deixar eu pegar e esse daí também (o outro filho) pegar pra poder dar fim (aos cachorros)? Não” (S., 33 anos, filho e pai).

3.6. Itinerário Terapêutico.

A sensação de incômodo, que vai se instalando com a doença, motiva a pessoa a lançar mão de recursos terapêuticos na tentativa de aliviar o sofrimento. A partir dos relatos foi possível identificar o itinerário terapêutico percorrido do ponto de vista dos espaços e/ou agentes de cura que lançou mão; dos recursos terapêuticos utilizados; do tempo que o portador levou, desde o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas, até buscar o serviço oficial de saúde, bem como o que determinou essa procura e sentimentos vivenciados nessa trajetória.

É no espaço doméstico que acontece as primeiras tentativas de tratar a lesão, a partir da utilização dos recursos terapêuticos populares, como

lavagens com chás e cozimentos, largamente utilizados pela comunidade para cicatrização de feridas e outros tipos de doenças consideradas leves. A experiência de que a lesão “suja” dói e as orientações sobre higiene, repassadas pelo serviço de saúde, concorrem para esta primeira alternativa de tratamento. Também neste momento há uma troca de experiências e indicações terapêuticas. Observa-se que do aparecimento dos primeiros sinais e sintomas até a posterior confirmação do diagnóstico no serviço oficial de saúde, vai havendo uma gradação entre recursos terapêuticos considerados mais fortes e mais fracos:

“Começou que nem uma coceira, né? (...) eu passei álcool em cima” (M., 34 anos, portadora).

“A gente trata assim (...) faz cozimento de aroeira, caju roxo, que é pra lavar a enfermidade porque não pode deixar sujo, tem que lavar, até enquanto chega as injeção pra tomar né? Pra ir sarando” (S., 33 anos, filho e pai).

“... remédio de casa, botava aroeira, caju roxo, um bocado de coisa de mato, botava em cima, alfavaca, eu mesmo botei um bocado” (M., 33 anos, portador).

“Passei aroeira, negócio de romã ralado, coloquei em cima” (J., 18 anos, portador).

“Ensinaaram ele a botar gelo: ‘bote gelo e amarre’” (A., 46 anos, pai)

“... um negócio que parece com um olho-de-boi que o pessoal chama, que esfrega no chão (...) torra, pila e bota em cima” (R., 27 anos, nora).

Tendo em vista a persistência e exacerbação dos sintomas, a gravidade da lesão começa a ser considerada sob a suspeita de que “aquilo” pode tratar-se de uma “coisa feia” e, em alguns casos, faz-se uso tópico de recursos mais

radicais:

“O cara bota todo tipo de remédio, até chinica ele bota! É fato que eu mijei em riba várias vezes” (A., 68 anos, portador).

Trava-se uma batalha para “matar” a enfermidade. Inclusive o tratamento no serviço de saúde é reconhecido pela comunidade como mais uma estratégia na luta para matar a doença.

*“O camarada tava com uma desse tamanha... ele tava agoniado assim, ela doendo, ele disse ‘espera aí!’.Chegou lá, pegou um punhado de pimenta malagueta, pisou... ‘olhe aqui!’... aí colocou dentro, socou tudo e amarrou um pano. Ele correu o engenho todinho! Passou a noite todinha correndo os quatro canto do engenho... quando amuderou ele veio pra casa, molhado de suor, tirou aquela roupa, vestiu outra e deitou-se. Quando foi no outro dia que ele levantou, tirou aquele pano... ela tava encarnada! E cheio de pimenta pregada (*o tom de voz é agressivo). Com oito dia ele caiu o cascão!” (A., 68 anos, portador).*

“... até nos hospitais disse que tão usando gelo nela (...) a frieza mata... hoje mesmo de manhã um rapaz mim disse (...) que matou com gelo, ela acabou-se” (A., 46 anos, pai)

Lutar contra a ferida pode ser motivo de castigo:

“... é que nem diz meu irmão, meu sogro tratou de quantas pessoa? Meu sogro tratou de meio mundo de gente! Invitava, fazia o máximo pra num pegar e vê! Que coisa feia ele pegou na perna! (...) Foi pior!” (R., 27 anos, nora).

Conforme os relatos demonstram, as “armas” que são utilizadas inicialmente na batalha para matar a enfermidade são recursos da própria natureza: as ervas limpam a sujeira, o quente (pimenta malagueta e cinza) e o

frio (gelo) podem aniquilá-la.

Como a enfermidade persiste, o passo seguinte é buscar em balcões de farmácia, remédios mais fortes – os antibióticos ou outros remédios alopáticos. Na maioria das vezes essa busca é de iniciativa própria, mas observa-se que já começa a fazer parte também das indicações populares:

“... eu pergunto (na farmácia) qual o comprimido que tem pra esse negócio inflamado” (J., 19 anos, portador)

“Eu tomei 4 comprimidos de Binotal, tomei uns 4 comprimido de Tetrex (...) Eu comprei na farmácia, por mim mesmo” (S.R., 54 anos, portador).

“... tomei antibiótico, eu mesmo chegava na farmácia e comprava. Eu comprei aquele remédio Tetrex, vários outros (...) eu mostrava, chegava lá eu dizia assim ‘olhe moça eu quero remédio que é pra isso aqui, olhe, porque eu não sei que apareceu isso de repente no meu braço e tá muito inflamado e eu não consigo dormir” (M., 34 anos, portadora).

“Tem um que chega e diz: ‘não, faça isso’; outro diz ‘não, faça aquilo’. Aí, muita gente também diz ‘olha, passa uma pomada tal porque o doutor disse... ele disse agora não passa outras pomadas tal...’” (C., 18 anos, portador).

A seguir resumimos esquematicamente os recursos terapêuticos citados pela comunidade para tratamento da enfermidade.

Quadro 2. Recursos terapêuticos citados pela comunidade no tratamento da LTA

| Tipos | Recursos Utilizados |
|-------------------------|---|
| Plantas medicinais | aroeira; caju roxo; romã; alfavaca |
| Outros vegetais | Olho-de-boi; pimenta malagueta |
| Agentes físicos | Gelo; cinza |
| Excretos | Urina; “xinica” (fezes) |
| Medicamentos alopáticos | Antibiótico; pomadas e outros materiais utilizados comumente em curativos |

Como não há resposta aos recursos terapêuticos caseiros, nem aos remédios alopáticos de uso mais freqüentes na comunidade, a “doença do cachorro”, dentro do esquema popular de classificação das doenças, começa a ser considerada como uma doença grave, em contraposição as doenças leves, tais como gripes, resfriados, dores de barriga, entre outras.

O grau de morbidade e cronicidade da doença é representado pela referência a “samarreiu”, um tipo de ferida, um “modo de dizer” da comunidade, que reflete sua percepção da gravidade da enfermidade:

“... essa samarreiu que os pessoal fala é essa doença que sai, por exemplo, sai, vai crescendo, vai tomando conta, e o cara não se trata, né? aí ela vira uma doença crônica, aí a sara morreu que se trata é isso! (...) Se num tratar, passa dum 1 ano, 2 ano, e ela vai se espalhando, e vai, quer dizer, criando raiz, né? aí quando for curar ela, não tem mais cura” (A., 46 anos, pai)

“... eles (os colegas do time de futebol) diz ‘Ah, a tua perna num vai sarar mais não visse, é samarreiu” (C., 18 anos, portador).

“Ah! Alguns me reconhecem, outros ficam falando mal, diz que é um tal de samarreiu, nunca sara, se sarar isso aqui eu morro” (J., 19 anos, portador).

A resistência da ferida às terapêuticas utilizadas geralmente determina a

busca do serviço de saúde oficial, na tentativa de prevenir que a enfermidade “crie raiz”, ou seja, torne-se uma doença crônica:

“...botava assim remédio caseiro (...) mas não tinha jeito, não tinha jeito mesmo, foi que depois que a Globo chegou aqui, descobriu essa injeção, aí começamos a tomar, pegamos no médico e começamos tomar, muitas coisas que por aqui não tinha” (M., 33 anos, portador).

“Eu tomei uns remédios e não fiquei bom, não sarava (...) aí eu vim aqui no posto” (S.R., 54 anos, portador).

“... eu lavava, mais eu não via melhora nenhuma dela, né? (...) aí eu tomava o remédio (alopático) (...) quando o remédio passava todos os efeitos, aí continuava a doer e coçar, pronto, aí não adiantou de nada, aí o jeito foi eu voltar ao médico mesmo” (M., 34 anos, portadora).

Com relação ao tempo que o portador levou, desde o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas, até ser diagnosticado e tratado no serviço oficial de saúde, encontramos situações diversas que, entre outras coisas, refletem as facilidades ou não de acesso ao serviço de saúde oficial e a eficiência destes em minimizar o sofrimento destes portadores:

“Cuidava nada, deixava como tava mesmo, botava remédio caseiro” (M., 35 anos, portador).

“... acho que com 1 mês ou 2, depois que eu tava com essa ferida (...) me levou pro posto” (J., 18 anos, portador).

“... quando apareceu eu fui logo no posto” (M., 34 anos, portadora).

No serviço há uma resistência ao diagnóstico e médico:

“... quando (as pessoas) mostrava (a enfermeira do PSC) ‘é

leishmaniose! – ‘*é leishmaniose que nada! (pensavam) (...) ‘aquilo sabe de nada! Toda doença agora é micróbio do cachorro!’ (comentavam)... e a ferida ia aumentando, quando chegava lá... nesse tempo ia fazer em Santo Amaro. Quando chegou lá, ‘aprovado!’ (o exame)’ (A., 68 anos, portador).*

“... mandou (o médico) eu ir com quinze dia (..) então aí eu não fui não, fiquei em casa, sempre usando água de compressa e aquilo nada de melhorar” (M., 34 anos, portadora).

“... a enfermeira ela pegou e disse ‘olha isso aí num é...’ e eu até duvidava com ela... ‘isso aí num é pé-de-cabelo não...’ aí eu até eu ficava até assim com ela .. eu dizia ôche, num é por quê?... Aí ela disse ‘isso aí não é pé-de-cabelo não, isso é outra doença ...’ e era essa doença...” (C., 18 anos, portador)

Quando se dá início um processo de aceitação, há na relação com o serviço, o enfrentamento de dificuldades diversas:

“... as menina (trabalhadoras da saúde) tava em dúvida, não sabia se era ou se não era, né?” (M., 34 anos, portadora).

“... quando a pessoa desconfiava que era leishmaniose ia pra ela, ela (enfermeira) dizia ‘num é com eu não, você vai pra (...)’ chegava lá em Santo Amaro (...) eles corta um pedaço da ferida. O doutor (Charneca) tem uma escovinha, passa dentro assim, dum lado e de outro e leva só o pus” (A., 68 anos, portador).

“Tinha gente lá que mora no engenho, que dava 3 viagens no Recife pra poder resolver esse negócio. Uma lonjura dessa pra ir pra cidade, gastar dinheiro com passagem, passar o dia todinho com pouco dinheiro” (M., 33 anos, portador).

“... ela (mãe) fica fazendo de tudo pá arrumar o remédio né?! Ela já fez tudo já... mas só tem essas injeção mesmo, mas num compra, não vende (...) fui lá na Secretaria de Saúde aí ele disse ‘não, ainda não chegou não’. Chegou de algumas pessoas lá... aí sempre que eu telefonava pra lá e não tinha chegado... disseram que vinha de Brasília (...) Aí fica difícil” (C., 18 anos, portador).

“Tinha uma menininha (...) se tivesse muito tinha um ano de idade (...) o médico passou remédio, aí foi tomar injeção no posto de Pau Santo, chegou lá, aí disse não vai tomar uma injeção dessa não, aí dava a metade dessa injeção. Aí foi pro Recife, Santo Amaro, chegou lá o médico falou que não tomasse essa injeção que é muito forte pra ela, aí tirou, fez uma operaçãozinha no lugar que tem o micróbio assim, o dela passou quatro, aí fez, arrancou parece, um pedacinho, um negócio lá da carne da ferida pra levar não sei pra onde pra fazer exame, pra ver o que era (...) acusou que era, passou lá uns remédios, mas até agora a menina não ficou boa ainda” (M., 33 anos, portador)

“Dize que fica bom e não fica, que sara e não sara, num posso ficar bom” (J., 19 anos, portador)

“Na Mista o médico disse que era um caroço (...), aí mandou sajar, então aí eu não fui não, fiquei em casa, sempre usando água de compressa e aquilo nada de melhorar (...) no posto (..) ela disse assim, ‘olha tu vai prá casa e dá água de compressa, qualquer coisa você volta aqui’. Então cada dia mai as coisas foi piorando (...) eu vim falei com a doutora ela disse ‘olha tem um médico muito bom lá na Charnequinha’” (M., 34 anos, portadora).

“Quando ela atinge a pessoa, pra sair, não é muito fácil não, é muito ruim... tu num pode comer aquela alimentação porque tem medo. Não pode comer óleo, não pode comer nada remoso, porque pode estourar novamente, é muito ruim” (E., 14 anos, portadora)

O tratamento médico é doloroso. Aliado a necessidade de deslocamento diário para tomar a medicação no Posto de Saúde, as restrições alimentares impostas pela concepção popular de reima e demais dificuldades acima referidas, os doentes provisoriamente abandonam o tratamento, implicando no agravamento destas dificuldades por ocasião da sua retomada.

“Eles (portadores) comentavam ‘estou com vontade de vomitar, é tontura, é desarranjo no intestino, apetite eu não como nada...’ (A., 68 anos, portador).

“... já num tava agüentando de tanto tomar injeção (...) porque todo dia, os 7 dias, todo dia 2 injeção.... aí eu parei....” (J., 19 anos, portador)

“... tomou 60 (injeções), depois mais 60 e quando terminasse as outras 60, aí repetia os exames de novo pra levar o resultado, aí ele não foi mais (...) ficou uma (injeção) que ele num tomou... Já tava todo doído, todo furado de rôia de injeção, aí foi e não tomou...” (A, 46 anos, pai).

Num estágio mais elevado da doença a família e a comunidade pressionam para que o portador recorra ou mantenha o tratamento médico.

“... eu disse ‘eu não vou mais prá canto nenhum não!’ (...) Meu esposo dizia ‘mas tu vai’, eu cheguei e fui pra o Posto daqui” (M., 34 anos, portadora).

“... diziam (os vizinhos) quando eu num tava tomando a injeção, né. ‘Vai cuidar desse negócio aí, todo mundo tá tomando injeção, tu não estas tomando...’ aí eu digo ‘como é que eu vou tomar se o médico não passou o remédio ainda, se ele mandar eu pegar eu vou pagar’, pronto” (M., 33 anos, portador).

“... ela (esposa) disse ‘tu vai ter que ir no médico’ e eu fui” (M., 33 anos, portador).

Alguns sentimentos vivenciados nessa trajetória puderam ser identificados, tais como, impotência, medo da doença e da perda da autonomia.

“Se não descobrisse (o remédio) mesmo, a gente ia perder o corpo da gente” (M., 33 anos, portador).

“O que eu sinto... é eu não ter o que gastar com ele (o filho), né? Aí eu fico reclamando, vou fazer o que?” (S., 33 anos, filho e pai).

“... minha avó disse que essa doença já é do princípio do mundo (...) ‘antigamente eles tratava em casa com remédio caseiro, agora o remédio caseiro num adianta mais... tem de ir pra injeção...’ (...) agora é entregar a Deus e nas mão dos médico porque acho que agora só os médico é que deve resolver a vida da gente... eu tenho o maior medo e qualquer berebinha que meus filho tem... eu cuido, eu lavo, eu boto remédio, boto álcool, eu desinfeto... já com medo” (R., 27 anos, nora).

“Lá em casa só se preocupa né! caso eu venha a perder a perna assim né? (...) E o remédio até hoje não chegou ainda” (C., 18 anos, portador).

“... o jeito que tem é agente tomar injeção e ficar bom e pronto, e dar graças a Deus” (M., 33 anos, portador)

A estruturação do serviço de saúde do Cabo para esse tipo de tratamento, bem como a implantação do PSC na localidade representa um ganho no que se refere ao acesso a esse espaço terapêutico:

“... chegava lá em Santo Amaro... mas era muito sofrimento pros matuto, aí mandaram um médico de Santo Amaro pra que pra Charneca... exclusivamente pra fazer os exames” (A., 68 anos, portador).

“Imagine se esse remédio que o doutor passa pra pessoa, pra tomar, fosse comprado, como era que ia comprar? Sem ter dinheiro?” (S., 33 anos, filho e pai).

“... falei com o médico no mesmo instante, aí o médico fez os exame, né? (...) Isso foi na Quinta, aí na Sexta-feira eu fui saber o resultado (...) ele pegou, fez a ficha, né? (...) entreguei lá e a moça mandou eu aguardar um pouco e nesse período eu peguei as injeção e estou tomando” (M., 34 anos, portadora).

Há intimidade na relação dos portadores com os profissionais de saúde do PSC:

“... tinha uma menina (enfermeira do PSC) que é muito amiga da gente” (A., 68 anos, portador).

“... eu vim aqui no posto, falei com as meninas, elas olharam, mandaram eu ir pro médico na Charnequinha” (S.R., 54 anos, portador).

“... eu tava aqui em casa, aí veio (ACS) e minha mãe falou pra ela, aí ela me levou pro posto” (J., 19 anos, portador).

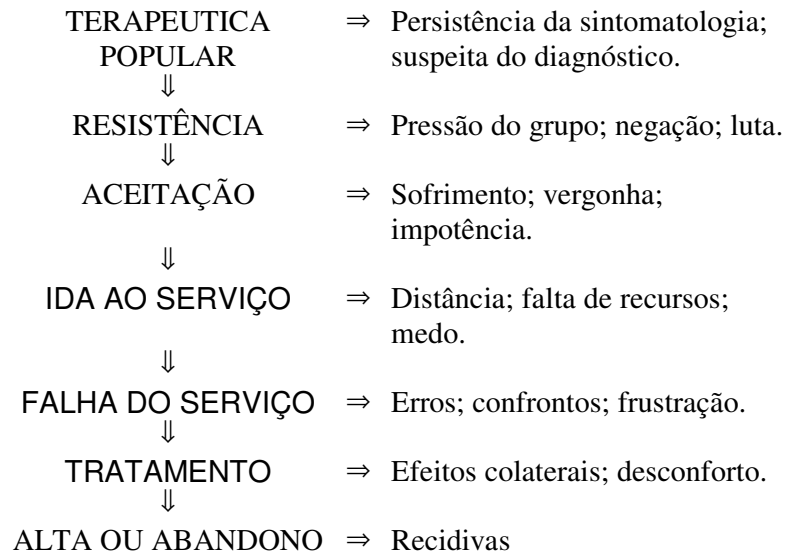
A referência entre os serviços médicos é referida pelos entrevistados:

“...eu vim aqui no posto fazer meu curativo ai (...) disse (recepcionista) que era essa doença, aí mandou eu ir no Posto de Charnequinha” (C., 18 anos, portador).

“Eu vim aqui no posto (...) me encaminharam pro médico (do PSC Charnequinha)” (S.R., 54 anos, portador).

As fases do itinerário terapêutico podem ser resumidas da forma a seguir:

Esquema 1. Fases do itinerário terapêutico



3.7. Prevenção.

No que diz respeito a prevenção, as representações foram analisadas do ponto de vista dos tipos de atividades preventivas expressas pelo grupo, da compreensão sobre as responsabilidades com essas atividades e dos sentimentos relacionadas com as mesmas.

Há concepções variadas com relação às possibilidades de prevenir a doença e a forma que isto deve ser feito. As atividades preventivas estão mais concentradas em torno do cachorro, ou raramente, de outros animais. Apenas uma pessoa fez referência a recursos que fazem parte das orientações técnicas do serviço de saúde.

“... eu acho que ninguém pode fazer nada, porque ninguém espera e nem ninguém sabe ela de que é formada, de que é, o que trás ela pro corpo do camarada, ninguém sabe ainda, né? descobriram a doença, mas não descobriram de que é que pega ela! (...) o camarada não tem jeito pra se

prevenir” (A, 46 anos, pai).

“... é ir ao médico, né? Deus abriu os olhos dos homens para fazer esse remédio (Glucantime), então Deus pode abrir a mente do homem e através disso eles fazer o remédio pra o povo ter saúde (...) Como o médico falou que é através do cachorro, é a pessoa não criar cachorro. Fazer por onde não criar animal nenhum, nem cachorro, nem gato, né? pra já evitar desse problema” (M., 34 anos, portadora).

“... é dar fim aos bichos (cachorro) que tiver doente, acho que só controla desse jeito” (S., 33 anos, filho e pai).

“Minha avó tem um medo, ela fecha as porta cedo porque dizem que o mosquito ataca o cachorro, porque o cachorro dorme de lado de fora e a gente não pega, porque as portas tão fechada. A minha avó de manhã, logo cedo, manda a gente vestir logo roupa de calça, calça comprida, blusa comprida, pra ele não atacar a gente. A gente fica lá dentro de casa, agente fecha as porta...” (E., 14 anos, portadora)

Listamos três categorias de resposta com relação à possibilidade de prevenção. E geralmente, são coerentes com a concepção de transmissão da doença.

Esquema 2. Atividades preventivas X Idéias de transmissão da doença

- ⇨ Não tem jeito (não sabe como pega / atividade laboral inviabiliza a prevenção)
- ⇨ Não criar cachorro (o cachorro faz parte da cadeia de transmissão)
- ⇨ Fechar as portas e vestir roupas compridas (o mosquito é o transmissor da doença)

A busca da proteção divina é um caminho que se recorre diante das dificuldades concretas encontradas para prevenir a doença.

“Você se concentra, dentro dessa moléstia, aí chega lá debaixo de um pé-de-pau ou no seu quarto, sozinho... não é pra falar pra ninguém ouvir, é só você concentrado... ‘Papai do Céu, Tu és tudo no mundo e no céu, Tu sois o refúgio eterno, mim protege pra eu num pegar essa doença, deu ter saúde porque... só Tu pode livrar’” (A, 68 anos, portador).

Do ponto de vista da compreensão das responsabilidades, compete ao serviço a apreensão dos cachorros através da “carrocinha” e, às pessoas da comunidade, compete a autorização para leva-los, bem como evitar de criá-los:

“Ele (pai) gosta muito deles, cria com o maior carinho, mai fazer o que? Tem que dá fim! Se ta doente não pode deixar o bicho doente pra tá transmitindo doença pra pessoa não, tem que dá fim de todo jeito. Lá em casa mesmo tem. Eu vou mandar a mulher quando vir a carrocinha, mandar levar o cachorro” (S., 33 anos, filho e pai).

Há um confronto entre a idéia de prevenção do ponto de vista técnico e suas condições de vida e necessidades de reprodução social, resultando em sentimentos de impotência e resignação.

“O medo da gente é que agente anda pela mata... a gente esplaneia... até que o mosquito pode vim e picar a gente né, através da gente andar pela mata, mas pelo amor de Deus né! Se tiver de ser... Deus que sabe” (R., 27 anos, nora).

“Se ele ver que tá piorando é procurar um hospital pra os médicos examinar e dizer que doença é, e aplicar a medicação pra aquela doença, só é assim que o cara pode, mas se prevenir de pegar a doença não tem jeito não”

(A., 46 anos, pai)

“Já que é os animal que ta prejudicando... é da fim a eles... e... sei lá ói... é tanta da coisa se agente for querer mesmo! porque tem muita coisa que prejudica agente viu, num é só os cachorro não (...) O médico diz que é que não cuida, não, eu digo a ele que cuida mas... os cuidado, a pessoa... o lugar de engenho ói, você pensa que não tem poluição, têm! Porque a poluição da cidade vai para os engenhos. Ai fica aquele sofrimento, aquela agonia...” (R., 27 anos, nora).

3.8. Representações sobre cura da leishmaniose e eficiência das terapêuticas utilizadas.

Os recursos terapêuticos populares têm possibilidades e limites de cura. São comumente utilizados para enfermidades consideradas mais leves. No caso da leishmaniose estes recursos são utilizados como perspectiva de cura apenas na fase inicial da doença, quando ainda não foi definido o diagnóstico. Após o mesmo, é utilizado apenas para assepsia da ferida:

“... dor de cabeça, essas coisa, toma um chá, um comprimido, melhora né? se não for, a gente vai arrumar um carro e socorrer pro hospital” (A, 46 anos, pai)

“... tem que lavar (com cozimentos)... até enquanto chega as injeção pra tomar, né? pra ir sarando (...) o cozimento é só pra limpar (a ferida), pra não deixar ela infeccionada...” (S., 33 anos, filho e pai).

A cura é uma questão de fé.

“... estou tomando as injeção, né? eu estou apresentando (a ferida) ao Senhor, então estou bem melhor (...) eu disse, olhe Deus, eu não admito essa

enfermidade porque apareceu assim de repente no meu braço, mais como você me salvou Jesus, você me libertou, então você pode passar o óleo da unção aqui, né? em primeiro lugar está você e o remédio que o médico passou, então através disso, você pode repreender o mal” (M., 34 anos, portadora).

“Primeiramente Deus, segundo a injeção, vou ficar bom” (M., 33 anos, portador).

A cura e as recidivas são sempre relacionadas à fé, à realização correta do tratamento ou ao uso de alimentos “reimosos”, demonstrando tendência de responsabilização individual e de culpabilização, reforçada pelo fato concreto de nem sempre conseguirem finalizar o tratamento.

“A pessoa tomando o remédio direto, continuado e ela sarar, eu acho que ela não volta não. Ela pode voltar no meu caso que eu parei de tomar a injeção (...) tomei 160 (injeções), se eu tivesse voltado lá de novo, o médico ia passar mais! Aí eu... que já não estava agüentando de tanto tomar injeção, peguei parei. Resolvi parar por mim mesmo de tomar...” (J., 19 anos, portador).

“... ela reabriu novamente, porque, eu não sei, eu não sei como explicar, né? Porque eu não comia nada reimoso, o meu cume era normal, tá entendendo?” (M., 34 anos, portadora)

Há um confronto entre as concepções de cura popular e médica.

“...quem é que não tem vontade (de ficar bom)? Ficar com aquele negócio no corpo é muito feio” (M., 33 anos, portador).

“Ele disse ‘mas doutor, do jeito que eu estou o senhor não vai passar essa injeção, mas não?’ ele disse assim ‘não, eu num vou passar não porque a sua ferida num vai mais adiante mais, de maneira nenhuma, nem se preocupe porque o seu já ta bom’, ele disse ‘mas doutor, como é que eu estou bom que quando eu faço assim ainda sai secreção de dentro?’” (M., 34 anos, portadora).

“... muita gente tomou (glucantime) e diz ‘eu fiquei bom’ (...) uma mulher tomou, escreveu (o médico) ‘ficou bom’... outro dia eu vi o braço dela, tava escuro aqui, tava tudo bom, e agora eu soube que tá pior ainda, a doença tá comendo esse braço dela” (A., 46 anos, pai)

Não há consenso quanto ao poder de cura da glucantime e as recidivas são um fator de confusão com relação a sua eficácia terapêutica, uma vez que a recontaminação não é considerada pela comunidade.

“... não sei se ele ficou bom ou se ela tá dentro guardada. Com uns dias, com 2 meses, 3, 4 ou 5 ela arrebenta de novo, ninguém sabe (...) às vezes o cara toma o remédio, aí diz ‘tô bom!’. Que nem ele (...) ela sarou tudo, tá bom, mas agora ela está querendo renovar de novo, né? quer dizer que o micróbio, aquelas injeção que ele tomou não matou, porque se tivesse matado ela não tinha arrebentado de novo” (A., 46 anos, pai)

“O filho de meu irmão, o meu irmão também já ficou bom, a filha da minha tia já ficaram bom, o marido dela e as duas filhas e o sobrinho, e o meu menino, tá doente ainda, né? porque tomou as 25 injeções e não ficou bom e agora vai ter que tomar mais 20 de novo” (S., 33 anos, filho e pai).

“... uma menina que já teve parece que ela já ta com sintoma de novo. Ela tomou parece que foi 70 injeção e já ta de novo na perna... aí agente pergunta ochente, quem já teve pode ter de novo, ao rapaz da carrocinha... ele disse que poderia voltar. Mas num é no mesmo lugar não, sabe? já é em outro lugar... mas olhe, eu acho... sei lá!” (R., 27 anos, nora).

“... muita gente lá ficou bom já com ela (...) Fica com aquela cicatriz. Onde sara num sara como... no corpo ta entendendo? Ela fica aquela pelizinha fininha por cima . Fica aquela roncha feia... como se tivesse um negócio sei lá... uma pelizinha assim... num sara não, fica a pele assim, com aquela roncha

de outra cor. É um negócio sério!” (M., 33 anos, portador)

3.9. Epidemiologia popular da leishmaniose.

A leishmaniose não foi incluída entre as doenças mais freqüentes na comunidade, no entanto, o grande número de casos na área é visto com preocupação.

“O que mais adoecer é febre, dor de cabeça, de gripe” (J., 19 anos, portador).

“A doença do pessoal aqui é dor de cabeça, é gripe, é com febre, é essas doença. A mais pesada que teve por aqui também foi a cólera. Minha esposa adoeceu com ela (...) As outras doença é dor de barriga, é uma barriga inchada (...) Tem já muitos caso dela (leishmaniose) aqui dentro de Pirapama, né? tenho conhecimento de quase dez pessoas já prejudicada com ela só aqui” (A., 46 anos, pai).

“Só sei que lá (no engenho) meio mundo de gente já pegou” (R., 27 anos, nora).

“Lá onde eu moro, São Pedro, Pau Santo, Tapugi, esses lugar por aí assim, só dá esse negócio” (M., 33 anos, portador).

Na zona rural é mais comum que na área urbana:

“Na rua a senhora chega assim, não ver quase ninguém com isso aí. Chega no posto de interior assim, a senhora ver” (M., 33 anos, portador).

“...nos engenho tem muita gente” (S.R., 54 anos, portador).

É comum mais de uma pessoa da família contrair a leishmaniose

“... o filho do meu irmão, o meu filho e o meu irmão, que pegaram essa doença dos cachorros, e lá na casa da minha tia foro as 2 filha, o marido e sobrinho dela” (S., 33 anos, filho e pai).

3.10. Impacto psico-social da doença.

A doença chama à atenção das pessoas gerando indagações e comportamentos com relação ao portador:

“Os povo daqui, os povo de fora, quando o cara passa que tem ela diz ‘que é isso? que doença é essa?’ Foi rabujo de cachorro!” (A., 46 anos , pai)

As atitudes da família frente aos portadores são de apoio, aconselhamento, estímulo e/ou pressão para o tratamento. Já a comunidade ora apóia ora crítica e culpabiliza, ou utiliza a doença para ridicularizar os doentes:

“A família diz que eu... terminar o medicamento, né?...” (S., 33 anos, portador)

“... ficam (colegas) falando mal (...) mangando, outros reconhecem, aconselham, diz nome de remédio, outros só faz criticar, num sabe que pode até acontecer com ele também, não é isso?” (J., 19 anos, portador).

“Diz (as colegas) que é pra eu ter cuidado...” (E., 14 anos, portadora).

“Agora eles (os colegas do time de futebol) sempre dizem né, ‘rapaz a tua perna tá podre vi’... e não sei o que... e tal” (C., 18 anos, portador).

“... tem pessoa, que quando vê outro em dificuldade, ele diz que são o

culpado daquela coisa, mas não é” (M., 41 anos, mãe).

A compreensão de que a leishmaniose não é uma doença contagiosa facilita a aceitação do doente pelo grupo.

“Não, pega não, porque meu filho lá em casa tem e nem um da gente, nem eu, nem a mulher, nem o outro meu filho não pegou” (S., 33 anos, filho e pai)

“Eu acho que isso num pega só in, vamos supor, que ela encoste aqui na perna e eu já peguei. Não! É como dizê, né? tem que vim o mosquito e morder, né?” (R., 27 anos, nora)

“... ninguém tem medo de nada, porque sabe que isso não pega (...) se pegasse meu Deus! O mundo tava impestado” (M., 33 anos, portador).

“Trata do mesmo jeito que trata a pessoa que ta boa... porque oi, graças a Deus um menino lá que teve, era o mesmo tratamento, não tem esse negócio de ‘vai pra lá que você ta doente’ não. Não tem isso não, a amizade é a mesma. Pra que ser diferente? A Aids é a doença mais triste que num tem cura e num é pra ter essa divisão! Quanto mais essa dessa que eu acho que isso num pega (...) Um menino lá que tem oi, chega na minha casa, tenho meio mundo de menino, 6 filhos, chega lá, brinca com os meninos, deita na minha cama, se enrola com meus lençol, pra mim num tem disso não, a amizade é a mesma” (R., 27 anos, nora)

A concepção da doença como castigo, leva as pessoas a adotarem uma atitude de recriminação para com os doentes:

“As pessoas assim, do meu meio mesmo, da vizinhança, gosta de criticar, de dizer assim... coisas que eu... nem levei a sério, nem levo (...) diz ‘é porque Deus tá castigando...” (M., 41 anos, mãe).

Os sentimentos dos portadores com relação à comunidade são de vergonha, impotência e resignação. Mentir e esconder a ferida são atitudes freqüentes, sobretudo entre os mais jovens . É muito comum o doente ser identificado por estar permanentemente com uma faixa envolta no local da ferida:

“... a gente tem até vergonha de sair, só saí com o braço amarrado. As pessoa diz ‘o que é isso aí?’ a gente diz é um caroço que saiu (...) é difícil pro cara dizer!... tem vergonha.... E quando a gente mesmo fica bom, fica aquela cicatriz feia no braço da gente... é feio demais. Se a senhora ver o da minha mulher a cicatriz que fica na coxa dela assim, é muito feio demais, é muito feio mesmo, ela sempre tem vergonha de sair... de saia, de short” (M., 33 anos, portador).

“Perguntam o que é aquele problema nele, né? Ele diz que é o micróbio de cachorro, a leishmaniose... e o camarada vai ter vergonha de falar? Pra que? Se tá doente! não adianta” (S., 33 anos, filho e pai)

“Não digo nada, faz de conta que não estou nem escutando (...) fico só pensando né? Pensando assim, e deixando passar (...) eu penso é que Jesus tá vendo a minha situação e tá vendo a vida dele né? do jeito que aconteceu comigo pode acontecer com ele” (J., 19 anos, portador)

Há um impacto da doença em relação ao trabalho, tornando as condições mais desfavoráveis e diminuindo as chances produtivas.

“Eu trabalhava na usina... agora eu to desempregado, trabalhava como ajudante de caminhão né... depois fiquei com isso aqui aí... botaram eu pra fora. Num trabalhei mais...” (M., 33 anos, portador).

“Se eu for limpar um mato, ou se eu for andar dentro do mato assim,

trabalhar alguma coisa, se bater qualquer coisa em cima inflama, dói, tem vez que sangra né...” (J., 19 anos, portador).

“Eu vivia em roça ajudando a minha sogra, né? mas por enquanto nunca mais fui ajudar ela em roçado, desde o período que fiquei doente. Ai pronto, hoje eu só trabalho em casa mesmo” (M., 34 anos, portadora).

Para finalizar este capítulo, salientamos que estes resultados não expressam a totalidade das representações sociais desta comunidade com relação a LTA. É um conjunto parcial de representações, possível de ser identificado a partir do viés do nosso olhar, determinado por matizes ideológicas, experiências pessoais e profissionais particulares, bem como pela posição especial na escolha dos informantes, próxima a doença e em contato com o serviço de saúde.

CAPÍTULO 4

Enquanto eu acreditar que a pessoa
É a coisa mais maior de grande,
Pois que na sua riqueza
Revoluciona e ensina,
Pois pelas aulas do tempo,
Aprende, revolta por cima,
Eu vou cantar... Por aí.

Bonito é que a gente é sempre
Assim tão diferente de gente,
Assim como a voz que ecoa
Não é mais daquele que grita
E essa beleza, na dessemelhança,
Me aguça a cabeça, me agita.
E vou cantar... Por aí,
Que nada se repete sob o sol.

O movimento da vida não deixa
Que a vida seja sempre igual
Pois nada se repete, nem o sol.
Pois veja que o bem só é bem pra que
Ele Faz bem, mas pr'um outro
Pode ser um mal,
Pois nada se repete sob o sol.

O pai já não é mais filho
Nem foi o avô e nem é o irmão.
Nada se repete, nem o sol.
Que pena daquele que pensa
Na sua exata continuação.
Da desaparecença dos tempos
Aprendo as tranças e tramas
Das novas lições

Eu vou cantar... Por aí...

(Coisa mais maior de grande - Gonzaguinha)

4. DISCUSSÃO

Neste capítulo, assumimos o complexo desafio de fazer um recorte discursivo possível, a partir dos artifícios teóricos sistematizados na introdução, dos resultados encontrados e didaticamente descritos anteriormente e do sistema de conhecimentos e valores que vêm conformando nossa prática profissional.

Salientamos inicialmente que só é possível compreendermos os processos relacionados ao adoecimento de LTA na comunidade de Pirapama, se levarmos em consideração dimensões mais amplas, tais como, vida e morte, saúde e doença, enquanto processos dialéticos e inseparáveis que se conformam nas condições concretas do existir.

Realizamos nosso estudo em uma comunidade que tem vivido inúmeras transformações nas últimas décadas, típicas dos processos de desenvolvimento das grandes cidades nordestinas. Indústrias surgem e decaem muito rapidamente; surgem novos produtos, serviços e novas formas de utilização da mão de obra; estreitam-se as relações entre o urbano e o rural e os camponeses começam a absorver novos hábitos e conhecimentos, num processo complexo de aculturação.

Fazendo parte deste contexto amplo de mudanças, apesar de ser uma comunidade essencialmente rural, Pirapama tem vivido intensas relações de troca com a cidade. As fronteiras entre o campo e a cidade vão pouco a pouco se diluindo, levando seus habitantes a reconstruir seus sistemas de costumes e valores. Isto pode ser especialmente observado no que diz respeito à saúde, religião e lazer.

Novos saberes e hábitos são incorporados e se misturam ao cotidiano dessa comunidade, fazendo dela um cenário de diversidades e contradições. Busca-se a satisfação de necessidades, por outro lado, essas mudanças apresentam-se como ameaçadoras de sua identidade cultural e de sua reprodução social. Assim, dialeticamente a realidade vai sendo construída, e com ela, a cadeia de significados que lhe dar sentido.

4.1. SARAMORREU: re-significando antigas batalhas

Um dos aspectos centrais identificados a partir da análise do material colhido no campo foi a variedade de matizes em que se reveste o exercício do poder na comunidade de Pirapama, expressas em seu discurso sobre diversos aspectos da vida e, em especial sobre a leishmaniose tegumentar americana.

A análise mais profunda do significado da saramorreu, como é localmente chamada à leishmaniose tegumentar americana, permite identificar conexões importantes entre o discurso da comunidade sobre esta doença e alguns aspectos relacionados a seu desenvolvimento sócio-econômico e cultural.

Podemos dizer que a relação desta gente com a vida, ancorada em histórias de lutas e batalhas sangrentas, encontra-se significada na saramorreu.

O imaginário desta comunidade é permeado por histórias de lutas e guerras, onde o poder das armas foi fundamental para definir as relações de poder e a ocupação do solo. As armas de fogo substituíram o arco e a flecha, por demonstrarem sua eficiência no combate ao inimigo. As histórias bíblicas, tal como são interpretadas pelos grupos religiosos predominantes, especialmente as do Antigo Testamento, têm contribuído para definição dos códigos morais e éticos na localidade como histórias de luta entre povos, entre o bem e o mal, etc. Esta estrutura básica de pensamento se reflete na relação do doente contra o mal – a doença, do portador com a lesão leishmaniótica, em sua luta para “matar” a saramorreu.

Como foi descrito no capítulo anterior, a ferida leishmaniótica é representada pela comunidade como uma entidade autônoma, invasiva, insensível, estranha e poderosa com a qual o portador trava uma batalha de vida ou morte. Desta luta de poder, onde vence o mais forte, resultará a “morte” de um ou outro. Se a ferida SARA, morre a “coisa”. Se ela não sara, MORRE ou fica com a sobrevivência comprometida o portador.

Observa-se, porém, na qualidade desta luta, características particulares. É uma luta de subjugação onde vence o mais forte. É uma luta injusta uma vez

que a enfermidade é desconhecida, multifacetada, e nem os médicos, detentores do saber científico, a conhece bem, uma vez que fornecem informações e tratamentos diferentes com relação à mesma.

Por outro lado, as armas de que dispõe o portador – os recursos da medicina popular – são impotentes diante do (a) poderoso (a) inimigo (a), sendo necessário que aceite explicações técnicas que não consegue compreender, e torne-se dependente de um tratamento do qual nem sempre consegue ter controle, uma vez que apenas o serviço público é seu detentor.

Além disso, confrontar o poder da enfermidade através da busca de cura, tem implicações de vida ou morte para seus animais – elemento importante do seu processo de reprodução social, para si próprio e seus familiares, sendo no contexto percebido como punição.

Observa-se também que há um discurso de base religiosa que mediatiza as práticas institucionalizadas de modo geral, e em particular, relacionadas a LTA, que responsabiliza o indivíduo por suas condições de vida e de saúde, sem questionar as estruturas econômicas e sociais que lhe dão origem, resultando em sentimentos de impotência, culpa e medo, que também podem ser traduzidos em “medo dos castigos de Deus”.

Estas representações parecem apontar para a ordem social mais ampla, onde foram historicamente construídas e socializadas. Caracterizada por intensas relações de poder que se consolidaram na estrutura vertical de dominação da zona canavieira da mata sul de Pernambuco, desde a colonização até os desenvolvimentos mais recentes desta região, esta ordem social é sustentada por instituições sociais, políticas e religiosas.

Ao fazermos uma retrospectiva histórica da região podemos perceber, por exemplo, o quanto à natureza essencialmente religiosa desta gente tem sido ao longo dos séculos manipulada por instituições religiosas. Aliadas às classes econômicas dominantes, elas veiculam interpretações bíblicas, que se constituem em extratos simbólicos que reforçam práticas e formas de dependência, assegurando historicamente uma forma de organização econômica e social excludente.

Não é por acaso que, para alguns grupos religiosos, o Evangelho de Jesus Cristo, percebido a partir de alguns pontos de vista, como um sistema moral e ético, baseado na liberdade, no amor e na justiça, é relegado em detrimento ao Antigo Testamento, que apresenta leis arcaicas se pensadas à luz dos nossos dias. Estes livros bíblicos, ainda que interpretados por algumas correntes como a história de libertação do povo hebreu da escravidão no Egito, são priorizados por algumas igrejas, de forma fragmentada, enfatizando-se apenas os aspectos convenientes aos seus propósitos institucionais.

No entanto, para alguns autores, o processo dialético de incorporação/recriação de novos valores, concepções e práticas, se dá pelas necessidades materiais e simbólicas que as religiões são capazes de responder.

Oliveira (1994), por exemplo, diz que as agências religiosas que se proliferam por todo o país, são formas atuais ou urbanas da medicina popular originalmente rural e católica, constituindo-se em formas recriadas do pensar e viver a fé. Seria uma forma de resgatar a identidade e seu estilo de vida comunitário, através do trabalho coletivo dos seus membros.

Ainda de acordo com a autora, “estas agências de cura, ao regrarem o comportamento dos seus membros, respondem a uma necessidade sua: a de se sentirem controlados para não se sentirem desenraizados (...) Estas religiões, por outro lado, ao veicular uma visão conservadora e conformista da realidade, formam o trabalhador que o capitalismo necessita para reproduzi-se enquanto um sistema fundado sobre a exploração do trabalho humano” (Oliveira, 1994, 28).

Processo semelhante parece ocorrer com as instituições políticas que nacionalmente apresentam características clientelistas, onde a prática da cidadania cede lugar a troca de favores “entre amigos”, resultando disso o fortalecimento de um modelo de desenvolvimento que cria um exército de excluídos, que depende da “boa vontade” dos outros para sobreviver.

Esta questão tem sido localmente explicitada nos anos mais recentes, especialmente nos espaços de participação e controle social. Na recente Conferência de Saúde do Cabo, realizada em julho de 2000, por exemplo, a

“máfia das ambulâncias” foi denunciada e criticada pela população que solicitou uma forma de controle das mesmas por parte dos poderes públicos.

É evidente, porém, a complexidade desta questão, uma vez que na hora de uma emergência de saúde, por exemplo, a pessoa está necessitando de um socorro imediato, e o vereador prontamente atende sua necessidade, cedendo o carro, comprando uma medicação, etc. Desta forma, passa a ter toda a gratidão de quem recebeu o serviço, demonstrada por ocasião da eleição, através do voto.

Pelas precárias condições em que vive e as poucas alternativas de que dispõe, a população, ao mesmo tempo em que denuncia, também é cúmplice desta situação, dando “graças a Deus” de poder contar com o candidato na hora da necessidade.

Nesta complexa malha social, o poder de mando, é desejado por todos e exercido das mais variadas formas e em diversas dimensões, dando continuidade às relações de dominação.³²

Isto foi observado em várias situações na comunidade, e verbalizado em tom de muito orgulho, quando fui apresentada a um antigo funcionário do posto de saúde que, enquanto espera a aposentadoria, não tem assumido um papel definido naquele local de trabalho:

“eu já fui mandão aqui, quando era auxiliar de enfermagem na fábrica. Tinha mais de 200 homens sob meu comando. Eu liberava eles sem precisar avisar a ninguém... eu e minha família, já fomos antigamente mandões aqui!”

Nos parece que colocações como esta revelam uma concepção hegemônica do poder relacionada à capacidade de dominação de alguns sobre

³² As análises de Foucault “não consideram o poder como uma realidade que possua uma natureza, uma essência que ele procuraria definir por suas características universais. Não existe algo unitário e global chamado poder, mas unicamente formas díspares, heterogêneas, em constante transformação. O poder não é um objeto natural, uma coisa; é uma prática social e, como tal, constituída historicamente” (Machado, 1979, p. 10). Ainda segundo o autor, diferentemente das abordagens realizadas até então, em seus estudos sobre o que chamou de “microfísica do poder”, Foucault deslocou o espaço e o nível de análise sobre a questão do poder, contrariando a idéia de que “o Estado seria o órgão central e único do poder, ou de que a inegável rede de poderes das sociedades modernas seria uma extensão dos efeitos do Estado, um simples prolongamento ou uma simples difusão de seu modo de ação”, para explicitar os “mecanismos e técnicas infinitesimais de poder que estão relacionados com a produção de determinados saberes – sobre o criminoso, a sexualidade, a doença, a loucura, etc. – e analisar como esses micro-poderes, que possuem tecnologia e história específicas, se relacionam com o nível mais geral do poder constituído pelo aparelho de Estado” (Machado, 1979, p. 13).

outros; e não é por acaso que o poder não é compreendido enquanto força motriz para transformação da ordem social, das condições de vida e da construção de relações mais igualitárias. Em níveis e espaços diversos, atualiza-se, cotidianamente, o modelo de relacionamento estabelecido entre os senhores de engenho e sucessivamente, com seus escravos, poceiros, assalariados, desempregados, engendrados em “tramas” e “dramas” simbólicos, e respaldado por um discurso ideológico que o legitima.

As instituições de saúde por sua vez, incapazes de decodificar as necessidades de saúde da comunidade que, inclusive não se separa das demais necessidades inerentes à vida, conforme o moderno conceito de saúde enquanto “qualidade de vida”, definem tecnicamente suas necessidades e alternativas de tratamento, não alcançando o impacto desejado na condição sanitária deste grupo.

Como não conseguem compreender e incorporar suas demandas simbólicas, encontram dificuldades em ajudá-los a construir novos significados, que contemplem elementos que promovam mudanças qualitativas do seu comportamento sanitário e sua qualidade de vida, bem como estimulem sua autonomia.

No que diz respeito à leishmaniose, o portador se ver obrigado a, durante semanas, deixar seus afazeres, diariamente, para tomar a medicação no posto de saúde. Além do mais, a maioria dos portadores mora nos engenhos e alguns enfrentam longas distâncias até chegar ao local, mesmo considerando a proximidade das unidades do PSC.

Conforme apontam os relatos, a implantação do PSC em Pirapama, minimizou significativamente este problema, uma vez que o tratamento era feito anteriormente no Recife, onde as relações eram, inclusive, anônimas. Além disso, a comunidade expressa, claramente, o clima afetivo que predomina na relação com os trabalhadores desta equipe.

Isto porém, parece não garantir o diálogo em sua dimensão mais profunda, uma vez que, nem sempre, as demandas e seus sentidos são explicitados claramente, demandando sensibilidade e condições para discutir, bem como, buscar alternativas coletivas.

Além da dimensão comunicativa, um outro aspecto a ser considerado é a dependência que o modelo médico hegemônico gera, tendo a comunidade uma relação contraditória em relação a esta abordagem.

A proposta do PSC é realizar o acompanhamento das famílias em suas residências, mas as equipes, de modo geral, encontram dificuldades diversas em implantar inteiramente este modelo. Criam-se, inclusive, novas situações de permanência no posto, como por exemplo, os trabalhos de educação em saúde, grupos de convivência, entre outros.

A conduta de acompanhamentos sistemáticos aos pacientes, com é o caso do pré-natal, puericultura, os exames complementares, entre outros, interferem na rotina da comunidade. Isto é expresso, algumas vezes, através de resistências a essas atividades.

Diferentemente da medicina popular, onde a autonomia das pessoas é estimulada e viabilizada através da socialização dos conhecimentos e recursos terapêuticos, a biomedicina por estar predominantemente centrada na técnica, detem um discurso incompreensível e um saber que lhe permite avaliar o que é “melhor” para o paciente, sem que necessariamente este participe desta definição.

Talvez por isso, as pessoas preferem ir aos balconistas de farmácia, que lhes escutam e oferecem alternativas rápidas e simples, mesmo que posteriormente possam trazer conseqüências indesejáveis.

Como é possível observar no que foi exposto até o momento, de modo geral, diante das precárias condições em que vive e das intensas relações de dominação, a comunidade, abrindo mão do seu poder de transformar suas realidade, transpõe para a dimensão do sagrado o atendimento de suas necessidades materiais, inclusive de saúde, buscando aí a força para sobreviver.

Não existe, porém, um comportamento linear das pessoas em relação aos diversos aspectos da vida e, sobretudo, em relação aos poderes constituídos. Se em alguns momentos elas assumem posturas passivas diante de forças que consideram superior, em outros, questionam, justificam, exercitam seu poder ou reproduzem discursos e comportamentos de

dominação. De maneira semelhante, como será enfatizado a seguir, divergências e contradições podem ser percebidas no discurso e na relação deste grupo com a saramorreu.

4.2. Representações sociais da leishmaniose tegumentar e os espaços de produção do saber.

Diversas concepções de saúde circulam na comunidade, refletindo a diversidade de elementos culturais, que ali se fazem presentes. Das especulações sobre a etiologia e modos de transmissão da leishmaniose, surgem hipóteses de ordem metafísica, ambiental, social, física e biológica, entre outras.

Essa variedade de concepções parece estar relacionada à variedade de experiências e discursos das religiões que professam, à influência da cultura européia dos colonizadores e do universo mitológico indígena, antes preponderante na região.

De acordo com Salles, “o saber camponês não é a soma dos vestígios de um saber tradicional e folclórico transmitido através das gerações, ele é produto original de uma re-interpretação sincrética dos diversos discursos sobre a saúde” (Salles, 1999, p. 66)

Os processos insalubres provenientes do desenvolvimento industrial implementado na região nas últimas décadas, são sentidos pela comunidade e também compõe a gama de experiências e extratos simbólicos que conformam suas representações sobre a etiologia da leishmaniose.

A concepção biomédica do processo saúde-doença, apreendida na relação com o serviço de saúde, é reconstruída e reproduzida de forma fragmentada. Porém, como bem demonstra os relatos, esta explicação técnica, chega à comunidade, como mais um elemento, no cenário das demais transformações, ocorridas na região em função do rápido processo de desenvolvimento econômico, político e social.

Observa-se que suas teorias explicativas, refletem uma relação mais

holística com o mundo da vida e seus fenômenos, quando comparadas com a visão da biomedicina, predominantemente biologicista e conformada no modelo da História Natural das doenças.

As concepções populares do processo saúde-doença predominantemente religiosas ou ambientais, lembram as concepções naturalistas hipocráticas as quais a contaminação e veiculação das doenças eram atribuídas aos “miasmas”.³³

Suas concepções, são carregadas de uma lógica diferente da lógica técnica, porque são baseadas em experiências do mundo da vida cotidiana, que conformam o universo simbólico e as representações sobre os processos de saúde e doença, desta comunidade.

A este propósito, Salles (1999) discute as representações sociais da leishmaniose em um sítio camponês, baseando-se no entendimento que, tanto o saber biomédico, como o dos sitiantes, geram princípios de organização de conhecimentos e de objetos da saúde e da doença, sendo ambos os sistemas válidos, dentro dos quadros conceituais respectivos.

Desta forma, o saber camponês está estruturado em torno de categorias básicas, qual seja, *trabalho, terra e comida*, uma vez que, suas vidas e seus comportamentos, estão centrados em torno da atividade agrícola, central no seu processo de reprodução social (Salles, 1999)

Configurando-se como sistema, estas concepções populares, são acompanhadas de recursos terapêuticos e práticas de cura particulares, que contemplam, limites e possibilidades, tendo a medicina oficial, nesse sistema, o papel de complementação mais que de substituição.

Em Pirapama, existe uma espécie de “nosografia popular” onde as doenças são classificadas de forma hierarquizada. Entre estas, existem as consideradas leves, tais como gripes, dores de barriga, etc, tratadas no espaço doméstico, e as doenças, consideradas graves, ou crônicas, que só podem ser tratadas no serviço médico.

O critério para identificação e classificação das doenças, está

³³ Teoria clássica de base filosófica, apresentada no livro “Ares, Águas e Lugares”, de Hipócrates, que estabelece relações causais entre fatores do meio físico e as doenças. A este respeito, ver: ROSEN, George. Uma História da Saúde Pública. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1994.

relacionado com o nível de conhecimento das mesmas, e a resistência aos recursos terapêuticos populares, comumente utilizados. Com relação a esta questão, Boltanski (1989), em estudo realizado numa comunidade rural na França, chega a resultados semelhantes.

Em estudo realizado em Moreno-PE, Melo (2000), ao discutir a perspectiva dos usuários, no diálogo entre os saberes e práticas do cuidado em saúde, também identifica esta questão, destacando “o fato dos usuários identificarem os serviços de saúde como espaço acessível apenas para a resolução de doenças e que os mesmos identificam a saúde como pertencente à esfera do cotidiano, do espaço familiar, enquanto os serviços de saúde representam o local do desconhecido e fragmentado, destinado à doença. Tal dicotomia estaria gerando uma relação conflituosa entre o cuidar-se e o tratar-se, onde o cuidado estaria em seu próprio território, representante do conhecido e da autonomia, enquanto o tratar-se estaria no âmbito do desconhecido, do fragmentado e da dependência” (Melo, 2000, p. 103).

Na comunidade em que se deu este estudo, a relação das pessoas com a LTA parece ser ainda mais complexa. Identificada em uma fase mais avançada, como uma doença grave, seu tratamento é reportado para o âmbito do serviço médico. Porém, como a explicação técnica, não tem coerência na lógica popular e, por outro lado, suas concepções e recursos terapêuticos, também são insuficientes, para dar conta da enfermidade, instala-se um conflito. Diante da gravidade da doença, e da prova cabal – o exame – apresentada pelo serviço, as pessoas acabam, forçosamente, aceitando o tratamento prescrito pelo serviço e as medidas de prevenção, revelando assim, uma violência simbólica, com impactos sobre sua identidade e níveis de autonomia.

A esse respeito, observa-se nos relatos, um movimento paralelo e aparentemente contraditório, de resistência ao discurso técnico, por um lado, uma vez que não apresenta uma coerência interna, lógica, com seus pontos de vista. Por outro, há uma tentativa de incorpora-lo, tornando-o racional, para que não entre em confronto com as concepções e experiências vigentes na comunidade.

Em outras palavras, observa-se um movimento de dar sentido ao discurso médico e aos diversos discursos que escuta, reconstrói e reproduz. O que é dito precisa ter coerência e fazer sentido com sua vida prática. Assim, buscam na própria experiência os elementos que venham dar sentido aos novos conhecimentos que vão adquirindo.

É assim que M., extremamente religiosa, administra o fato da ferida leishmaniótica só ter sarado após tomar a medicação fornecida pelo serviço: “*Deus orienta os homens para que descubra o remédio*”. Com este raciocínio, a crença de que é Deus que cura todos os males, não entra em choque com o fato da ferida só ter sarado com a medicação.

Ao confrontarem o discurso técnico com suas experiências cotidianas, colocam essas informações em dúvida, interrogando sua validade a partir de questionamentos lógicos do seu ponto de vista. Há, assim, a construção de uma cadeia de argumentação para dar sentido e coerência a outras explicações, consideradas mais pertinentes.

As explicações de causalidade metafísica detectada nas representações populares podem também estar relacionada à tendência humana, de transpor para a dimensão do sagrado, tudo que é estranho e desconhecido. Assim, o fato da doença se apresentar como algo “estranho”, inclusive para o serviço, que em determinados momentos expressa abertamente suas incertezas em relação à mesma, abre espaço para explicações da ordem do sagrado, reproduzindo na doença, a atitude perante a vida. Assim, a doença, muitas vezes é percebida como castigo de um deus justiceiro, do qual se espera punição pelo mal praticado. Da mesma forma que, para o crente praticante e fiel, se espera proteção e cura.

Na relação entre estes saberes – mediadores de intensas relações de poder – ao saber técnico é atribuído o domínio da determinação do que é certo ou errado.

Essa dinâmica básica da relação entre os saberes popular e técnico, se reproduziu por ocasião do nosso trabalho de campo, especialmente no transcorrer das entrevistas. Inicialmente, sem estarmos conscientes, houve uma forte tendência de falarmos “errado” com nossos entrevistados, na

tentativa de criar um clima mais favorável à entrevista. Ao refletirmos posteriormente sobre este fato, pensamos que, se precisávamos minimizar a todo custo, à distância entre nós, é porque nossas diferenças ali estavam traduzidas em relações de poder.

Do mesmo modo, alguns entrevistados ficavam escolhendo as palavras que lhes pareciam mais corretas, perdendo muitas vezes a espontaneidade. Quando eu lhes garantia que queria saber da experiência deles, algumas vezes, diziam que não sabiam explicar. Começamos a perceber que a frase, “não sei explicar”, estava se referindo a não saber explicar do ponto de vista socialmente considerado correto, ou seja, científico.

Neste contexto, o uso freqüente da interrogativa “né?” (não é?), nos pareceu uma solicitação de aprovação da sua fala e conseqüentemente, uma busca de afirmação e empoderamento, através da aprovação do “outro” – doutor – que historicamente tem o poder de determinar o certo e o errado.

Em entrevista realizada com um dos moradores mais antigos da região, ele expressou o valor da experiência popular, comentando que em suas realizações, os engenheiros – representantes da técnica – sempre recorrem ao homem mais velho da região, para dar a “palavra final” , antes de realizarem suas obras.

Isto nos reporta a hierarquia e as diversas matizes do poder, dentro e fora do universo popular. Não é um homem qualquer que dá a palavra final, mas o velho mais antigo da região, aquele que detêm a experiência e que culturalmente, representa a sabedoria e o poder.

Os relatos demonstram também aspectos importantes que caracterizam a qualidade da “comunicação” estabelecida entre a comunidade e os profissionais da saúde. Os diálogos fragmentados evidenciam o profundo desencontro de estruturas de pensamento e de saberes e/ou a reprodução desses, sem o respaldo da realidade significada.

Um dos resultados concretos deste desencontro é a dificuldade de compreensão da cadeia de transmissão da leishmaniose e, por conseguinte, a resistência às medidas adotadas pelo serviço. É explicitado claramente, pelos entrevistados, o quanto o discurso biomédico lhes é difícil de ser compreendido

e reproduzido.

Além da fragilidade em que se encontram em função da doença, observa-se por parte dos portadores uma desagradável sensação de insegurança com relação ao sistema de saúde. Em alguns momentos percebe-se uma frustração à expectativa de que o serviço alivie seu sofrimento.

Este fato é resultado das deficiências técnicas e gerenciais históricas, ainda presentes nas rotinas dos serviços de saúde, não obstante o empenho em produzir mudanças, que efetivamente melhorem a qualidade do atendimento. Estas deficiências reforçam a resistência, por parte da comunidade, de aceitar as orientações técnicas.

O uso dos recursos terapêuticos populares já é bastante socializado na comunidade, de forma que profissionais populares de cura, tais como raizeiros e ervateiros, historicamente responsáveis pela divulgação desse tipo de conhecimento popular, não aparecem nos relatos. Em Pirapama, assim como em outros serviços de saúde do Cabo, a recomendação do uso das plantas medicinais é estimulada pelos profissionais da saúde.

Observa-se, porém, que progressivamente, aqueles profissionais populares de cura, cedem lugar aos balconistas de farmácia, que oferecem alternativas de tratamento mais imediatas, assim como também o que é nativo vai deixando pouco a pouco de ser valorizado, para ir cedendo lugar ao que vem de fora, da cidade e pela televisão.

Isto pode ser demonstrado, por exemplo, quando o grupo de pagode, trazido pelo vereador, é preferido para animar a festa de São João, enquanto o grupo de dançarinos da comunidade opta por ganhar prêmios e apresentar sua bela quadrilha fora da área.

Paradoxalmente, algumas falas revelam uma queixa diante da desvalorização do saber popular, diante da entrada da medicina oficial e dos costumes da cidade. Isto é percebido sobretudo na fala das pessoas que moram nos engenhos, e que resistem mais aos produtos, gostos e costumes da cidade, como resistem que a carrocinha leve seus animais. Para essas pessoas, o contato com as coisas do campo é mais orgânico afinal, é dele que, cotidianamente, depende sua sobrevivência.

As concepções de prevenção, biomédica e popular, partem de categorias distintas de apreensão da realidade. Neste sentido, os questionamentos com referência ao lugar que o cachorro ocupa no ciclo da reprodução da doença adquirem coerência nos códigos populares. O significado que estes animais possuem para estas pessoas, especialmente as que moram na mata, é diferente do significado que tem para o serviço. O cachorro não pode ser percebido como uma ameaça, porque há uma intensa relação de afeto, construída em função dos serviços que os mesmos prestam às suas famílias. O cão é amigo e protege suas casas dos ladrões.

Em estudo realizado na Zona da Mata de Pernambuco, Salles constata que *“os princípios que governam as representações camponesas em relação à leishmaniose se pautam nas interações que o homem do campo estabelece com os objetos da natureza e nas relações com tais objetos, sendo estas interações parte constituinte da sua organização social e dos processos culturais que as regem”* (Salles, 1999, p. 36)

Como não há certeza com relação à etiologia e mecanismos de transmissão da doença, por parte da comunidade, a possibilidade de preveni-la, fica comprometida. Resistem às orientações e ao sacrifício dos cachorros doentes da área. Por outro lado, quando as pessoas adoecem e se convencem que o cachorro é o agente principal na cadeia de transmissão, livrar-se dos cães doentes ou evitar criar esse tipo de animal, é apontado como o caminho para prevenir e controlar a doença.

Como foi visto, os recursos terapêuticos utilizados seguem uma hierarquia de poder e eficácia, que acompanha a mudança de concepção quanto à gravidade da doença. Com diz Boltanski, *“assim como as doenças, que são classificadas numa ordem de gravidade crescente, os remédios são classificados numa ordem crescente de eficácia ou de ‘força’ crescentes, os remédios mais ‘fortes’ (essencialmente os antibióticos), que são também os mais difíceis em sua manipulação e de utilização mais perigosa, ficando reservados ao tratamento das doenças mais graves que só o médico está habilitado a tratar”* (Boltanski, 1989, p. 20).

No caso de Pirapama, observa-se que as fronteiras entre estes espaços

ou âmbitos do “cuidado” e do “tratamento”, não estão mais tão definidos. Doenças leves já são cuidadas no posto, assim como doenças mais graves, são inicialmente tratadas em casa, com os antibióticos comprados facilmente nas farmácias.

Este fato pode ser, dialeticamente, um dos resultados da ampliação do acesso aos serviços de saúde e, conseqüentemente da “socialização” do saber e prática biomédica, apreendida pela população de forma fragmentária e reconstruída a partir de outros saberes e referenciais.

Queiroz e Puntel (1997), comparam o campo de ação de um paciente com um mercado, onde se oferecem diferentes produtos, confeccionados sob diferentes paradigmas e propostas ideológicas de cura, onde a medicina, não obstante o valor inquestionável que represente, concorre com outras alternativas, recebendo do paciente, um comprometimento parcial e limitado.

Neste sentido, chamamos atenção para os impactos de diversas ordens que podem ocasionar em uma comunidade a implantação de equipes do PSF, que pela proximidade e convivência cotidiana podem minimizar distâncias físicas e, especialmente, dialógicas. Mas, dependendo de sua condução e abordagem, podem também ampliar os níveis de medicalização da comunidade.

É grande o quantitativo de trabalhadores de saúde que estão espalhados, atualmente, por todo município do Cabo, desenvolvendo trabalhos diretamente com a comunidade. Se contarmos apenas com os ACSs e Agentes de Vigilância Ambiental, são mais de trezentos.

Na comunidade de Pirapama, com a implantação da Unidade do Programa Saúde em Casa, o contato com os profissionais de saúde tornou-se parte da rotina da comunidade. Os trabalhadores da saúde vão à casa das pessoas, conhecem bem sua realidade e abordam suas condições de saúde de um modo amplo. Ao mesmo tempo, estas pessoas são convidadas a ir ao posto para atividades de educação e promoção da saúde e não apenas para tratamentos específicos.

No caso do tratamento da LTA os relatos são claros com relação às facilidades de acesso ocasionado pela implantação do PSC na área. Também

referem afeto e intimidade – ingredientes fundamentais para o tratamento.

Sem dúvida, essas mudanças no modelo de atenção têm impacto no cotidiano destas pessoas, nas concepções de saúde e nos modelos populares de relacionamento com os serviços, resultando em novos arranjos simbólicos, expressos nos movimentos contraditórios de resistência e aproximação com os mesmos.

Com relação à visibilidade ou importância desta doença para a comunidade, comparada com as demais doenças, a leishmaniose tegumentar americana foi defendida pela população, na Pré-conferência de Saúde de Pirapama, realizada em novembro de 2000, bem como na Conferência Municipal de Saúde do Cabo realizada logo a seguir, como uma das prioridades de saúde do município. No entanto, nossos informantes não a colocam entre as principais doenças que acometem a comunidade.

Observamos então, que o critério escolhido para definição da importância da doença foi quantitativo, uma vez que as infecções respiratórias agudas e diarreias citadas por eles, são objetivamente mais freqüentes e já fazem parte do seu cotidiano, enquanto que a LTA, em que pese o número de casos já existentes na área, e a dramaticidade que permeia os relatos, é pouco familiar e de comportamento estranho.

Porém, do ponto de vista existencial, a “dor” referida pelas pessoas atesta sua importância e justifica sua priorização pelo serviço público de saúde. Mas trata-se de uma dor que vai além da dimensão física, material, uma vez que a lesão leishmaniótica, quando bem cuidada, é indolor. É uma dor que é reveladora de uma “outra”, muito mais profunda, que atravessa a pele e lesiona a alma. E dói tanto, podemos dizer, porque ela atinge na alma, dimensões sagradas, tais como a liberdade, a dignidade, enfim, o centro do poder individual e, por conseguinte, no poder coletivo.³⁴

A ferida de não possuir dinheiro para se tratar; a ferida de não compreender a linguagem técnica nem ser compreendido e respeitado em seu

³⁴ Entendemos que uma população que tem seu poder pessoal e sua auto-estima constantemente ferida tem, dialeticamente, um poder de organização e uma capacidade de transformação da sua realidade reduzida, pelos motivos já mencionados em vários pontos deste trabalho. Neste sentido, entendemos que este é um dos motivos pelos quais nós brasileiros temos historicamente tido pouco sucesso em transformar nossa realidade e nossa história.

saber popular quando consegue ter acesso ao posto de saúde; a dependência do setor público, detentor da única “arma” reconhecida como eficaz para derrotar a doença; a ferida de ser julgado pela religião e condenado pela comunidade; a ferida de ter que trocar sua (in) consciência pelo voto do vereador que o ajuda; enfim, tantos limites que se configuram num verdadeiro flagelo, que reforça os sentimentos de inferioridade e baixa estima, levando o paciente a alienar-se de suas possibilidades concretas de cura e buscar na dimensão do sagrado a proteção e esperança de transformação da sua dramática realidade.

Reconhecendo no sagrado uma dimensão essencial da vida, que amplia possibilidades e fortalece a identidade humana, identificamos nesta postura um viés ideológico fundamental para manutenção da ordem social profundamente desigual, ao mesmo tempo em que identificamos no exercício da cidadania e no controle social, com todas as conseqüências que daí derivam, as possibilidades concretas e a esperança de cura da ferida leishmaniótica e de outras feridas que com ela se agregam à alma desta população.

A atual gestão municipal está reconhecidamente fazendo um esforço e investindo na perspectiva de mudar o perfil clínico e epidemiológico local, bem como a qualidade de vida da população. Porém as saídas precisam ser buscadas coletivamente, com o exercício do controle social, com a participação cotidiana da população, para que assuma também o que lhe cabe, na transformação de sua história pessoal e coletiva.

Com relação à leishmaniose, por exemplo, foi a pressão popular e dos profissionais de saúde, que solucionou o problema da falta do medicamento no município. Diante do sofrimento, alguns portadores escolheram a estratégia de recorrer à influência dos amigos, outros, porém, foram além disto, se envolvendo na discussão, denunciando e conquistando um benefício coletivo.

Para finalizar, retomamos a atual missão do serviço de saúde, expressa no conceito de promoção enquanto “processo de capacitação dos indivíduos e comunidades para atuarem na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo” (OMS,1986).

Considerando a importância das equipes de saúde no resgate da

cidadania e na transformação das condições de vida, e o desafio que representa trabalhar numa dimensão dialógica, valorizando os saberes e perspectivas dos atores sociais, teceremos ainda algumas considerações sobre esta questão no capítulo final.

CAPÍTULO 5

Como é que faz pra lavar a roupa?
Vai na fonte, vai na fonte
Como é que faz pra raiar o dia?
No horizonte, no horizonte
Esse lugar é uma maravilha
Mas como é que faz pra sair da ilha?
Pela ponte, pela ponte

A ponte não é de concreto.
Não é de ferro, não é de cimento
A ponte é até onde vai o meu pensamento

A ponte não é pra ir nem pra voltar
A ponte é somente atravessar
Caminhar sobre as águas desse momento.

A ponte nem tem que sair do lugar.
Aponte pra onde quiser
A ponte é o abraço do braço do mar com a mão da
maré.

A ponte não é para ir nem para voltar
A ponte é somente atravessar
Caminhar sobre as águas desse momento

Nagô... Nagô... Na Golden Gate...

(A Ponte – Lenine e Lula Queiroga)

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Iniciamos este estudo na perspectiva de identificar representações sociais na comunidade de Pirapama relacionadas à leishmaniose Tegumentar americana, buscando conexões entre estas representações e a ordem social mais ampla.

Quanto aos pressupostos teóricos que nos guiamos, salientamos a teoria das representações sociais na vertente Psicologia Social e outras contribuições importantes à discussão da produção simbólica e construção social da realidade.

Consideramos que os instrumentos metodológicos escolhidos foram adequados aos objetivos propostos, nos permitindo identificar aspectos importantes da subjetividade deste grupo, não obstante as limitações de tempo e de outras ordens que enfrentamos.

As informações obtidas em campo nos reportaram, sobretudo, à batalha pela sobrevivência historicamente vivenciada por esta comunidade, sendo a luta travada com a saramorreu – como é localmente chamada a leishmaniose tegumentar americana – uma das formas como esta é representada e subjetivamente expressa.

Em sua dimensão mais profunda, trata-se de uma luta pela sobrevivência do humano e da vida, mesmo que dialeticamente traga à cena dominação e morte. Neste sentido, identifica-se com a luta pela sobrevivência material e simbólica dos homens e mulheres de todo planeta, expressa nas mudanças radicais por quais passam a nossa sociedade no final de século e início deste novo milênio.

Entre estas mudanças encontramos uma progressiva “tomada de consciência” coletiva dos limites da ciência e da tecnologia em dar respostas aos atuais problemas da humanidade; o progressivo reconhecimento da necessidade de transformações radicais nas formas de relacionamentos entre os povos e destes entre si, bem como com o planeta, sem o qual a sustentabilidade da vida humana está ameaçada; os movimentos de valorização das diferenças culturais e minorias étnicas, bem como formas de

organização social que resgatam e divulgam os valores regionais e locais; as históricas dicotomias – micro x macro, indivíduo x coletivo, estado x sociedade civil, entre outras – que paulatinamente vão cedendo lugar a perspectivas mais holísticas, reconhecendo-se a interdependência dialética das diversas formas de existência.

Esta evolução do pensamento humano se faz perceber também no âmbito das organizações de trabalho, onde o entendimento que razão e emoção são ingredientes básicos para formação de um perfil inteligente, se evidencia através de formas particulares de gerir pessoas e processos de trabalho.

A pessoa, sujeito, ator social é colocado novamente no centro dos processos de transformação, e não mais numa perspectiva individualista, mas do ponto de vista do bem estar coletivo.

Embora estes movimentos não sejam hegemônicos, em que pese terem dimensões globais, eles parecem anunciar novas buscas do seres humanos. Como bem canta Arnaldo Antunes, “a gente não quer só comida, a gente quer comida, diversão e arte... quer saída para qualquer parte... bebida, diversão, balé... a vida como a vida quer... quer comer e quer fazer amor... prazer pra aliviar a dor... quer dinheiro e felicidade... quer inteiro e não pela metade...”.

Neste sentido, as profundas desigualdades sociais e o processo de exclusão social que se amplia década após década no Brasil, continuam a nos desafiar. A população brasileira, organizada através do Estado e dos movimentos sociais precisa de fato assumir seu papel e responsabilizar-se pelos rumos da sua história.

5.1. SUS: avanços e desafios

Muitas mudanças na perspectiva da humanização já foram implementadas no campo da saúde, sobretudo nos últimos vinte anos. Na introdução deste trabalho já salientamos algumas das transformações na abordagem da saúde coletiva formalizadas na Constituição Federal. Porém, a efetivação dos princípios constitucionais do SUS, continua sendo um desafio

para os profissionais essencialmente comprometidos com a defesa da vida e da saúde, individual e coletiva.

Desde a implantação do SUS em 1988, as mais diversas experiências avaliadas, discutidas e divulgadas neste campo, trataram o conjunto dos problemas deste setor em torno de duas questões fundamentais: financiamento e gestão. Mais recentemente, especialmente a partir da décima Conferência de Saúde, a questão do controle social foi priorizado nas discussões.

No que diz respeito à gestão dos serviços, os *processos de trabalho* e a relação *usuário-serviço* configurou-se como um campo onde vários estudiosos tentam encontrar respostas para os problemas atuais.

A importância técnico-política do desenvolvimento dos trabalhadores da saúde envolvidos nas mais diversas ações do SUS tem sido reconhecida. No dizer de Pedotti (1996), “evidencia-se, cada vez mais, a impossibilidade de mudanças profundas sem a cumplicidade de cada um e de todos que compõem o grande mosaico que é a saúde pública” (Pedotti, 1996).

Neste sentido, Merhy (1994) identificando como um dos sintomas mais graves da crise sanitária brasileira, o “estilo de se ser trabalhador e de se produzir ações de saúde” diz que “se não for trabalhada a possibilidade de repensar uma nova maneira de se atuar na saúde, não será possível forjar um novo modelo de atenção que tenha exatamente como eixo, a construção de uma nova maneira de se relacionar com o sofrimento e com a vida, tanto na sua dimensão individual quanto coletiva (Cecilio, L.C. e alls, 1992). O que implica que não basta injetar recursos no sistema; deve-se modificar o modo de gerir os serviços e de se trabalhar em saúde” (Merhy, 1994, p.118).

Partindo deste ponto de vista, o autor privilegia dois níveis de intervenção institucional: por um lado, é trabalhada a relação *usuário-trabalhador* de saúde, onde expectativas e interesses do usuário, representados enquanto necessidades de saúde vão dando uma nova direcionalidade às ações e serviços de saúde, por outro, a relação *trabalhador-trabalhador*, onde autonomia, criatividade, solidariedade e responsabilidade são valorizadas por todos e estimuladas pela gestão. “Neste caminho, estaremos dialogando com os modos como, no dia-a-dia, os trabalhadores de

saúde e os usuários dos serviços produzem-se mutuamente, como uma 'máquina' permanente de produções de 'subjetividades', de modos de sentir, de representar e de vivenciar necessidades, na busca de um tempo perdido por nós, 'reformadores' de modelos de atenção à saúde" (Merhy, 1994, p.118).

Desta forma, grandes transformações podem ser implementadas no SUS hoje, a partir das experiências, atitudes, compromissos, responsabilidades e sabedorias dos trabalhadores, dependendo apenas secundariamente de equipamentos, espaços físicos, entre outros.

A questão é complexa, sobretudo se pensarmos em termos da formação técnica e humana das equipes para trabalhar numa relação mais horizontal e dialógica. Alia-se a isto, os limites concretos enfrentados pelas equipes, em função das precárias condições de vida das comunidades.

Não obstante o reconhecimento do papel dos trabalhadores no processo de implementação do SUS desejado, a formação/capacitação destes profissionais, continua sendo um nó-crítico e um desafio para o sistema. Todos vivenciam a problemática, mas, efetivamente, pouco se tem feito na perspectiva de minimizá-la.

As grades curriculares no campo da saúde são defasadas e não preparam os profissionais para atuarem de acordo com a realidade sanitária do país.

Por outro lado, a urgência de constituição de novas racionalidades, além da técnica, salienta ainda mais o vazio de políticas de desenvolvimento de recursos humanos no SUS. Apenas com a pressão da população e a decisão política por parte dos gestores, o complexo quadro poderá ser revertido. Um movimento nacional, sinérgico e sincrônico, que encaminhe esta discussão através de parcerias entre o CONASS, o CONASEMS e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, poderá garantir um impacto positivo.

É fundamental que os sistemas locais definam estratégias neste campo, a partir da problematização de sua realidade. Deste modo, será plasmada a constituição de um trabalhador, no qual se aliem competências técnicas e humanas, habilidade para estabelecer vínculo e acolhimento, bem como impacto no quadro de morbi-mortalidade.

Salientamos também a importância das concepções pedagógicas e dos princípios metodológicos que orientam uma proposta de capacitação desta natureza.

A participação ativa dos atores sociais na construção do conhecimento e novas habilidades, através de uma reflexão sobre a realidade e a *práxis*, resulta numa transformação da própria existência, pela ampliação dos seus níveis de consciência, autonomia e criatividade, com a qual poderá favorecer a prática da cidadania na comunidade e no serviço.

É mister que todas essas questões sejam cuidadosamente e criticamente avaliadas, para que se definam quais os níveis de mudanças possíveis e desejadas. Afinal, a reconstrução efetiva das práticas, requer autocrítica, mudança na visão de homem e de mundo e, sobretudo, decisões voltadas à ética do cuidado.

Ao ousarmos identificar e refletir sobre aspectos subjetivos do imaginário de Pirapama esperamos contribuir na produção de arranjos simbólicos e formas de relacionamentos que favoreçam autonomia, prática da cidadania e solidariedade entre as pessoas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, E. et al. Distritos Sanitários: concepção e organização. In: **Saúde e Cidadania – Para gestores municipais de saúde**. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar-NAMH/FSP, 2002.

ANDRADE, Manuel Correia de. **A terra e o homem no Nordeste: contribuição ao estudo da questão agrária no Nordeste**. 6ª ed. Recife: Editora Universitária da UFPE, 1998.

BARBOSA, Constança Clara G. Simões. **Esquistossomose em Pernambuco: determinantes bio-ecológicos e sócio-culturais em comunidade de pequenos agricultores da Zona da mata**. 1996. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro.

BERGER P. & LUCKMANN. **A construção social da realidade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1973.

BOLTANSKI, Luc. **As classes sociais e o corpo**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

BOSI, Maria Lúcia M. Cidadania, Participação Popular e Saúde na Visão dos Profissionais do Setor: Um estudo de caso na Rede Pública de Serviços. **Cadernos de Saúde Pública**, vol.10, n. 04, out./nov., 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Leishmaniose Tegumentar Americana no Brasil (Ferida Brava)**. Caderno informativo destinado aos trabalhadores de saúde. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1996.

_____. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997.

_____. **Guia de vigilância epidemiológica.** Brasília, 1998.

_____. **Portaria No. 2.203/GM, de 06 de novembro de 1996.** Aprova o texto da Norma Operacional Básica – NOB-SUS 01/96. Diário Oficial da União, Brasília, jan. 1996.

_____. **Portaria No. 95/GM, de 26 de janeiro de 2001.** Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS- SUS 01/2001. Diário Oficial da União, Brasília, no. 20-E, p.23, jan. 2001.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988.** Org. Juarez de Oliveira. 11^a edição. São Paulo: Saraiva, 1995.

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.**

CANEVACCI, Massimo. **A cidade polifônica: ensaio sobre a antropologia da comunicação urbana.** São Paulo: Studio Nobel, 1993.

CASTRO, Josué. **Geografia da fome.** Rio de Janeiro: Edições Antares, 1983.

COURA-FILHO, Pedro. Abordagens alternativas no controle da esquistossomose: buscando incluir o subjetivo na epidemiologia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 12(1): 95-101, jan./mar., 1996.

COSTA, J.M.L. et al. Aspectos psicossociais e estigmatizantes da leishmaniose cutâneo-mucosa. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Brasília, v. 20, p. 77-82, abr./jun., 1987.

FELIPE, Israel. **História do Cabo.**

FREESE, Eduardo M. de C. & ACIOLE, Moab D. **Pesquisa de avaliação do impacto do programa IEC/ MC no controle das doenças endêmicas em cinco estados brasileiros.** Relatório final. Recife, 1996.

FREESE, Eduardo M. de C. et al. O processo de transição epidemiológica e iniquidade social: o caso de Pernambuco. **Rev. Assoc. Saúde Pública Piauí**, 1 (2) : 107-119, Jul/Dez, 1998.

HERZLICH, Claudine. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva**, v. 1, n. 2, p. 23-36, 1991.

JOVCHELOVITCH, Sandra. **Representações sociais e esfera pública: A construção simbólica dos espaços públicos no Brasil**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2000.

LACERDA, Luiz Alves. **Histórias do Cabo**, 1996

MELO, Telma M. A. Gonçalves. **Representações: A perspectiva dos usuários no diálogo entre os saberes e práticas do cuidado em saúde**. 2000. Tese (Mestrado em Saúde Pública) – Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, CPqAM, Fiocruz, Rio de Janeiro.

MACHADO, Roberto. Por uma genealogia do poder. In: **Microfísica do Poder**. Michel Foucault; org. e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

MACHADO, Heleny de O. Pena. **Controle social e agenda política no SUS no município do Cabo de Santo Agostinho**. 1999. Tese (Mestrado em Saúde Pública) – Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, CPqAM, Fiocruz, Rio de Janeiro.

MERHY, Emerson Elias. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo técnico-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: **Inventando a Mudança na Saúde**. Org. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio. São Paulo: Hucitec, 1994.

_____. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: **Agir em Saúde – um desafio para o público**. Org. Emerson Elias Merhy e Rosana Onocko. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Maira de Souza Minayo (org) - Petrópolis, RJ: Vozes, 1999

_____. **O desafio do conhecimento – Pesquisa qualitativa em saúde**. 3ª ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1994.

MORAN, Emilio F. A ecologia humana das populações da Amazônia. Petrópolis, RJ: Vozes, 1990.

OLIVEIRA, Elda Riso de. **O que é medicina Popular**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

OLIVEIRA, Maria Verônica A de S. C. **Educação em saúde “na paulada”:** **estruturas gestoras e estratégias sociais**. 1999. Mimeo.

_____. **Nova conjuntura das políticas de controle das endemias: a descentralização como esperança da mudança no perfil epidemiológico**. 2000. Mimeo.

ORLANDI, E. Puccineli. **Análise de Discurso: Princípios e Procedimentos**. Campinas, São Paulo: Pontes, 1999.

PEDOTTI, Maria Alice. Desenvolvimento Institucional e Recursos Humanos. In **Divulgação em Saúde Para Debate**. Londrina, Nº 16 - dez., 1996.

PREFEITURA MUNICIPAL DO CABO DE SANTO AGOSTINHO. **Educação Continuada e o novo trabalhador em saúde: Um projeto para o Programa Saúde em Casa**, Secretaria Municipal de Saúde, 1997.

_____. **Perfil Epidemiológico do Cabo de Santo Agostinho-1997. Situação de nascimento, situação de adoecimento e situação de mortalidade**. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Vigilância à saúde. Divisão de

Vigilância epidemiológica, 1997.

_____. **Guia Informativo**. Secretaria de Planejamento, Coordenação e Meio Ambiente, 2000.

QUEIROZ, Marcos de Souza. **A endemia hansênica: uma perspectiva multidisciplinar**. Marcos de Souza Queiroz; Maria Angélica Puntel. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

REY, Luis. **Parasitologia**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.

ROSEMBERG, Brani. Representação social de eventos somáticos ligados à esquistossomose. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 10(1): 30-46, jan./mar., 1994.

ROSEN, George. **Uma História da Saúde Pública**. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1994.

SALLES, Rosane Paula de Senna. **A ferida que chora. Saber camponês e representação social da leishmaniose**. Recife., 1999. Dissertação (Mestrado em Antropologia).

SESSA, P. A.; FALQUETO, A. & VAREJÃO, J. B. M. Tentativa de Controle da Leishmaniose Tegumentar Americana por Meio do Tratamento dos Cães Doentes. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 10(4): 457-463, out./dez., 1994.

SAWAIA, Bader B.. Representação e ideologia: o encontro desfetichizador. In: **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. Mary Jane Spink (org.). São Paulo: Brasiliense, 1995.

_____ A N E X O S _____

ROTEIRO TEMÁTICO PARA AS ENTREVISTAS COM OS INFORMANTES DA COMUNIDADE

CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA E SÓCIO-ECONÔMICA

1. Identificação

- * Qual seu nome?
- * Qual seu endereço completo?
- * Qual sua data de nascimento?
- * Em que localidade nasceu?
- * Há quanto tempo mora nesta localidade?

2. Escolaridade

- * Você freqüentou a escola?
- * Até que série?
- * Consegue ler?

3. Condições de Vida, Trabalho e Lazer

- * Em que trabalha?
- * Com que idade começou a trabalhar?
- * Quantas e quem são as pessoas que moram na sua casa?
- * Quem é o chefe da família e em que trabalha?
- * Qual é a renda familiar?
- * Qual é o meio de transporte que utiliza para locomover-se?
- * Em que costuma empregar seu tempo livre?

REPRESENTAÇÕES SOBRE O PROCESSO SAÚDE E DOENÇA

1. Concepção sobre Saúde e Doença

- * O que é saúde?
- * E o que é doença?
- * De modo geral, o que é que gera saúde ou causa doenças nas pessoas?

2. Concepções sobre morbi-mortalidade

- * Do que se adoecer e morre mais na comunidade? E na sua casa?

3. Práticas Terapêuticas

- * Quando alguém adoecer na sua casa , quais são as medidas que são tomadas?

REPRESENTAÇÕES E CONHECIMENTOS SOBRE LEISHIMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA¹

1. Sintomatologia e Representações de Fatos Somáticos

- * Você já ouviu falar na Leishmaniose Tegumentar Americana?
- * Você já teve esta doença?
- * O que sente a pessoa quando está com esse problema?
- * O que mais pode acontecer com quem está com a Leishmaniose Tegumentar Americana? Por que?
- * Como soube disto?

2. Diagnóstico e Tratamento²

- * Como descobriu que estava com a doença?
- * Como é que se trata este problema?
- * E tratamento resolve o problema?
- * Depois de curada, ela pode voltar? Porque?

3. Epidemiologia

- * Quanta gente tem essa doença na região?
- * Por que motivo umas pessoas têm e outras não?

¹ Este grupo de questões seguiu, com pequenas adaptações, o Roteiro Semi-Estruturado para Análise da Apresentação Social da Esquistossomose, de Rozenberg, Brani. Representação social de eventos somáticos ligados à esquistossomose. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 10(1): 30-46, jan./mar. 1994.

² Aqui se pretende aprofundar o percurso terapêutico.

4. Etiologia

- * O que é que causa a leishmaniose tegumentar?

5. Transmissão

- * Como se pega a Leishmaniose tegumentar?

6. Prevenção

- * O que pode ser feito para evitar esse problema?