

**Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René Rachou
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde**

***Saúde como Prática da Liberdade:*
as Práticas de Famílias em um Acampamento do MST
e o Desenvolvimento de Estratégias de Educação Popular em Saúde**

***Health as Practice of Freedom:*
the Practices of Families in a Camping of the ‘Landless Movement’ (“Movimento
dos Trabalhadores Rurais Sem Terra – MST”) and the Development of Strategies of
Popular Education in Health**

por

Marília Carla de Mello Gaia

Belo Horizonte

2005

DISSERTAÇÃO MSC-CPqRR

M.C.M. GAIA

2005

TESE MSC-CPqRR

M.C.M. GAIA

2005

**Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René Rachou
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde**

***Saúde como Prática da Liberdade:*
as Práticas de Famílias em um Acampamento do MST
e o Desenvolvimento de Estratégias de Educação Popular em Saúde**

***Health as Practice of Freedom:*
the Practices of Families in a Camping of the ‘Landless Movement’ (“Movimento
dos Trabalhadores Rurais Sem Terra – MST”) and the Development of Strategies of
Popular Education in Health**

por

Marília Carla de Mello Gaia

**Dissertação apresentada à Fundação Oswaldo
Cruz – Centro de Pesquisas René Rachou –
Programa de Pós-graduação em Ciências da
Saúde com vistas à obtenção do Título de
Mestre em Ciências na área de concentração
Saúde Coletiva.**

Orientação: Prof^ª Dr^ª Virgínia Torres Schall

**Co-orientação: Prof^ª Dr^ª Tânia Maria de
Almeida Alves**

Belo Horizonte

2005

Catálogo-na-fonte
Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ
Biblioteca do CPqRR
Segemar Oliveira Magalhães CRB/6 1975

G137s Gaia, Marília Carla de Mello.
2005

Saúde como Prática da Liberdade: as Práticas de Famílias em um Acampamento do MST e o Desenvolvimento de Estratégias de Educação Popular em Saúde / *Health as Practice of Freedom: the Practices of Families in a Camping of the 'Landless Movement' ("Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra – MST") and the Development of Strategies of Popular Education in Health* / Marília Carla de Mello Gaia. – Belo Horizonte, 2005.

xiv, 179 f: il.; 210 x 297mm.

Bibliografia: f. 132 - 139

Dissertação (mestrado) – Dissertação para obtenção do título de Mestre em Ciências pelo Programa de Pós - Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Pesquisas René Rachou. Área de concentração: Saúde Coletiva.

1. Práticas Complementares de Saúde 2. Educação Popular em Saúde 3. Saúde no MST I. Título. II. Schall, Virgínia Torres (Orientação). III. Alves, Tânia Maria de Almeida (Co-orientação)

CDD – 22. ed. – 614.07098134

Dissertação de Mestrado

Saúde como Prática da Liberdade:
as Práticas de Famílias em um
Acampamento do MST e o Desenvolvimento de
Estratégias de Educação Popular em Saúde



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisa René Rachou
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

Marília Carla de Mello Gaia

**Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René Rachou
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde**

***Saúde como Prática da Liberdade:*
as Práticas de Famílias em um Acampamento do MST
e o Desenvolvimento de Estratégias de Educação Popular em Saúde**

***Health as Practice of Freedomy:*
the Practices of Families in a Camping of the ‘Landless Movement’ (“Movimento
dos Trabalhadores Rurais Sem Terra – MST”) and the Development of Strategies of
Popular Education in Health**

por

Marília Carla de Mello Gaia

Chefia do Laboratório: Prof^ª Dr^ª Virgínia Torres Schall

**Coordenação do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde: Prof^ª Dr^ª Virgínia
Torres Schall**

**Vice-coordenação do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde: Prof^º Dr^º.
Paulo Marcos Zech Coelho**

Ata da terceira defesa de dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da aluna Marília Carla de Mello Gaia, sob a orientação da Dra. Virgínia Torres Schall e co-orientação da Dra. Tânia Maria de Almeida Alves.

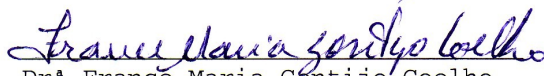
Aos vinte e oito dias do mês de março do ano de dois mil e cinco, às quatorze horas, realizou-se no auditório do Centro de Pesquisa René Rachou, o exame da terceira dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Pesquisa René Rachou/FIOCRUZ, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Ciências - área de concentração Saúde Coletiva. A dissertação da aluna Marília Carla de Mello Gaia intitula-se "Saúde como prática da liberdade: as práticas de famílias em um acampamento do MST e o desenvolvimento de estratégias de educação popular em saúde". A banca examinadora foi constituída pelos professores: Dra. Virgínia Torres Schall - CPqRR/FIOCRUZ (orientadora e presidente da banca), Dr^a Tânia Maria Fernandes - COC/FIOCRUZ (membro titular), Dr^a France Maria Gontijo Coelho - UFV (membro titular) e Dr^a Celina Maria Modena - CPqRR/FIOCRUZ (membro suplente). Após argüir a aluna e considerando que a mesma demonstrou capacidade no trato do tema escolhido e sistematização na apresentação dos dados, a Banca Examinadora assim se pronunciou: De acordo com o regulamento do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, a aluna foi considerada APROVADA. Uma vez encerrado o exame, eu, Virgínia Torres Schall, presidente da Banca, assino a presente ata juntamente com os membros da Banca Examinadora. Belo Horizonte, vinte e oito de março de dois mil e cinco.



Dra. Virgínia Torres Schall



Dr^a Tânia Maria Fernandes



Dr^a France Maria Gontijo Coelho

Escrevi este trabalho...

... para as famílias que realizaram comigo este estudo e que hoje estão no
Acampamento Padre Gino (Frei Inocêncio – MG),
Acampamento Ulisses Oliveira (Jampruca – MG)
e Assentamento Dorcelina Folador (Resplendor – MG),
e também para aquelas que, de uma forma ou outra,
abandonaram a luta pela terra.
Por serem, além de *sujeitos* da pesquisa,
sujeitos da minha vida.

... para o Wellington,
“*porque metade de mim é amor,
e a outra metade...*”
é você!
Agora, tudo em mim é amor!

Agradecimentos

Muitas foram as pessoas que fizeram desta jornada algo especial: algumas, de longa data e, outras, que se incorporaram no meio da caminhada:

A Deus, pelas inúmeras vezes que vacilei e até pensei em desistir, e, que, mesmo assim, Senhor, sempre estivestes ao meu lado, tornando inabalável a minha fé;

A minha mãe, Marlene, pelo amor, por me acolher em casa de novo e também pelas inúmeras vezes que arrumou as minhas roupas “*por que eu vou viajar esta noite*”. Mesmo sabendo o quanto é difícil aceitar a minha opção pelo MST, seu apoio foi incondicional.

Ao meu pai, Luiz, pelo amor, pelo carinho, pelas temporadas na segunda casa, por sempre estar disposto a me levar na rodoviária à meia noite e, principalmente, por me abraçar e abraçar comigo a minha causa;

À minha irmã, Telinha, por ser tão especial e atenciosa, e por repetir (dezenas de vezes) os cuidados básicos para não ser assaltada em Brasília. Amo loucamente este anjo que é tão diferente de mim!!!;

E pelas milhares de vezes que deixei de dizer a vocês três o quanto os amo!

À Sônia e ao Rafael, por serem também nestes anos todos, um pouco ‘mãe’ e um pouco ‘pai’, se preocupando e participando da minha vida;

À Virgínia, pela orientação cuidadosa (mesmo quando o tempo era curto), por abrir o coração ao desafio e dar moldes aos meus sonhos, por perceber os momentos que eu estava “*abatida*” e, antes mesmo d’eu começar a reclamar, me brindava com palavras de carinho e incentivo. Acho que nunca te disse o que eu sempre afirmava aos outros: “*eu não poderia ter uma orientadora melhor que essa, a Virgínia é uma mãe!*”;

À Tânia, pela co-orientação indispensável, principalmente, quando eu chegava louca na sua sala querendo uma lista de plantas para colocar na cartilha e você me mostrava que, mesmo para ‘salvar o mundo’ é preciso muito cuidado;

Ao Paulo De Marco e à Tania Santos, pelos primeiros passos na vida acadêmica, pela amizade e por me prepararem para este ‘mundão’. “*Ainda tem uma vaga pra mim aí, ao seu lado?*”;

À Fá, Jam, Beto e Editinha, por sempre estarem presentes (seja na Mabel ou em Portugal) e serem essenciais para a minha vida;

Ao meu “*bando não aleatório*”: Pops, Dana, Flavinha, Marquinhos, Fadini e Henrique. Nestes últimos 24 meses, descobri que consigo continuar respirando mesmo longe de vocês (o que eu, antes, julgava impossível) e aprendi também que não é a distância física que muda a afinidade, a admiração, o respeito e o amor que sinto. E sempre vai existir sinal de

fumaça, e-mail, telefone e rodoviária para nos aproximar e diminuir essa dor que insiste em, às vezes, me dominar (essa louca chamada saudade!);

Aos “*meus amigos biólogos*” preferidos, melhor turma que alguém pode ter na Universidade: Elô, Gú, AA, Jowquim, Lê, Tchelos, Du, Xuxu, Tintia, Jay e Rubinha,

À Livia, pela amizade gostosa, por compartilhar comigo as crises de choro e solidão em BH, e também pelas festas mais derrotadas que as diabas já foram (ninguém merece!);

À Ivana, pela cumplicidade, amizade e apoio, e por dividir comigo um monte de angústias e felicidades (coisas que só o mestrado pode oferecer!);

Ao Zé Geraldo, à Betinha e ao Chuí, ousou dizer que a amizade de vocês está entre as melhores conquistas deste ano. Pelo acolhimento, por me ensinarem a cozinhar e a colher milho e quiabo, por me acordarem antes das seis da madrugada (em geral, cantando uma música horrorosa que fala de passarinhos), pelo cuidado e atenção nesses meses de Acampamento, e por essa amizade gostosa que se fortalece a cada dia. Quem diria que a “*burguesa*” ia se dar tão bem com estes “*boca-abertas*”;

À Lúcinha, pela disposição em sempre me ajudar, pelo carinho e por ser a primeira a perceber que eu ainda me tornaria uma Sem Terra de coração;

À Betinha e ao Tião, por me receberem de braços abertos em sua casa, mesmo sem me conhecerem, e por se tornarem bons amigos e ‘terapeutas’;

À Soninha, do Setor Estadual de Educação do MST, que, mesmo sem saber, foi a força que precisava para iniciar este trabalho “*nas terras do rio sem dono*”;

Às famílias do Acampamento Padre Gino (Frei Inocêncio – MG), aquelas que se mudaram para o Acampamento Ulisses Oliveira (Jampruca – MG) e para o Assentamento Dorcelina Folador (Resplendor – MG), e também para aquelas que foram embora: por esse ano de carinho, acolhimento e cafezinho! Em especial: Creusa e Tim, Déquinha e Zilda, D. Adélia e S. Jorge, D. Lourdes, Ivone, Penha, Tuta e Custódio, Zé Eustáquio, Sandra e Romildo, Jair, D. Maria Marcena e João, Toninho, D. Anália e S. Ariston, S. Alicio e Terezinha, Ana Maura, S. Manuel Teixeira, S. Jovelino, Zé Maria, Vangelina, Detinha, Dil, Adelson, Ananias, Letinha, S. João, Juarez, D. Nilza, S. Jaime, S. Jovino, Paraíba, D. Delvanir e S. Neném, Adão e Rosa, Laércio, Antônio Carlos, Marta e Lafaiete, D. Eva, D. Terezinha, Nera, Érica, S. Serafim, Dilene, e tantos outros companheiros e companheiras que me mostraram que as cercas vão muito além dos arames...

Aos Sem Terrinha do meu coração: Isabela (minha afilhada querida), Clarisse, Liliana, Lélia, Ticinha, Sérgio, Cristiano, Natália, Davi, André, Alana, Lucas, Alex, Elminha, Rafael, Tati, Dudu, Marquinhos, Kadu, Feijãozinho e Gabriel. Na esperança que vocês terminem a infância fora da lona preta;

À equipe de PDA do MST: Cláudia, Edite, Corisco e Adriana, e também à pequena Janaína, pelo aprendizado, pela amizade e por me liberarem nos momentos de maior aperto com a dissertação;

Ao pessoal da ANEPS-MG, em especial, Bia, Tião, Lu, Rebeca, Cida e Bernardo, por me mostrarem estes vários caminhos ‘itinerantes’ da educação popular;

Aos companheiros e companheiras da Rede de Educação Popular, pelas discussões riquíssimas e pelo constante tom de poesia na vida. Em particular, ao Eymard Vasconcelos, por abrir a ‘porta’ para um universo mágico e por ser tão especial na minha vida (mesmo com as minhas inúmeras mancadas) e ao Eduardo Stotz, pelas conversas rápidas e essenciais no aeroporto, nos almoços, e-mails e em outros tantos momentos de luz;

Ao Centro de Pesquisa René Rachou (CPqRR), pela formação e pelo suporte técnico;

Ao Segemar, da Biblioteca e ao Paulo da Secretaria Acadêmica do CPqRR, pela aquisição de dezenas de artigos e pela constante presteza;

À CAPES, pela bolsa de estudo, indispensável para a dedicação exclusiva;

À galera do Laboratório de Educação em Saúde do CPqRR, pela companhia e apoio: Amandinha, Maria, Érica, Héilton, Júlia, Cecília, Lucas, Bruna, Martin, Cristiano e Simone;

À Celina, por aceitar ser suplente da avaliação desta dissertação, e principalmente, pelo seu jeito especial e carinhoso de dizer que o “*trabalho tá maravilhoso, redondinho*”;

À Josélia, pela ‘consultoria’ de última hora e por me ajudar a resolver um monte de problemas, além, é claro, do carinho e do incentivo constantes;

Aos e às colegas da pós-graduação, pelos poucos momentos de diversão e pelas inúmeras aulas e trabalhos, em especial: Fabrícia, Marcela, Marcos, Fernanda Oliveira, Betânia, Fernanda Nogueira, Flavinha, Alberto, Tazi, Sandra, Hugo, Pedro, Nilton, Bernardo; Lângia e Patrícia;

À Maria das Graças Uchôa Penido Fonseca, pela tradução do resumo para o inglês;

Ao Marcos Sobral, do Departamento de Botânica da Universidade Federal de Minas Gerais, pela identificação das plantas que coletei no Acampamento;

Ao Carlos Jorge e ao Nivaldo Marques, pelas belíssimas ilustrações do material educativo;

Às professoras France Maria Gontijo Coelho e Tânia Maria Fernandes, pela avaliação desta dissertação;

Ao Wellington, por.....tudo!
Como disse Shakespeare, “*buscar o amor é bom, melhor é achá-lo*”. Ainda bem que achei você (ou foi você que me achou?). Te amo e te espero!

Acabou? Ufa!

A dor da queda é forte
A vontade de parar é muita
O medo de seguir é tanto
Que o sonho quase chega ao fim.

A água de beber é pouca
O delírio do cansaço é muito
A lágrima que cai é tanta
Que pode até me afogar.

Mas a chama desse fogo é grande
A verdade desse sonho é muita
O caminho a seguir é tanto
E o desejo de chegar é mais.

Por isso eu não deixo de caminhar
Não deixo de procurar
Por isso eu não deixo de caminhar.

Eu sei que a correnteza é forte
Mas a água que te molha é santa
Se a alma que navega é muita
A estrela iluminará.

Kianda, de Sérgio Pererê (Tambolêlê)

Sumário

DISSERTAÇÃO MSC-CPqRR	M.C.M. GAIA	
2005		i
TESE MSC-CPqRR	M.C.M. GAIA	2005
		i
iii		
<i>Resumo</i>		1
<i>Abstract</i>		2
<i>Apresentação</i>		3
<i>Introdução</i>		6
1.1 Tendências Globais da Saúde		7
1.2 O Sistema Público de Saúde no Brasil		8
<i>Objetivos</i>		14
2.1 Objetivo Geral		15
2.2 Objetivos Específicos		15
<i>Justificativas</i>		16
<i>Práticas Complementares de Saúde</i>		23
4.1 Resgate Histórico		24
4.2 O Contexto das Práticas Complementares de Saúde		26
4.3 Breve Revisão de Estudos sobre as Práticas Complementares		31
<i>Saúde e Reforma Agrária</i>		36
5.1 A Luta pela Terra no Brasil e o MST		37
5.2 A Saúde para os Beneficiários da Reforma Agrária		39
5.3 A saúde no MST		40
<i>Itinerário Metodológico: Caminhos Percorridos</i>		44
6.1 Estratégias da Investigação		45
6.1.1 As Idéias de Paulo Freire.....		45
6.1.2 O Trabalho com o Povo.....		48
6.1.3 A Educação Popular.....		50

6.1.3.1 As Primeiras Manifestações da Educação Popular	50
6.1.3.2 O Que Seria Então Educação Popular?	51
6.1.4 Pesquisa Participante	53
6.2 Escolha do Tema	59
6.3 Escolha do Local	61
6.3.1 Histórico de Ocupação da Área	61
6.4 Instrumentos e Procedimentos da Investigação	69
6.4.1 Observação Participante	69
6.4.2 Questionários	70
6.4.3 Entrevistas	71
6.4.3.1 Transcrição das Entrevistas	72
6.4.3.2 Análise das Entrevistas	72
6.4.4 Escolha dos Participantes	73
6.4.5 Coleta de Plantas	74
6.5 Material Educativo	74
6.5.1 Educação em Saúde e Educação Popular em Saúde	74
6.5.2 Produção de Material Educativo na Ótica da Educação Popular em Saúde	76
Resultados e Discussão	78
7.1 Aspectos Gerais	79
7.1.1 Características Individuais, Familiares, do Domicílio e do Ambiente	81
7.2 Categorias	82
7.2.1 Organização do Setor de Saúde do Acampamento e Envolvimento das Famílias	82
7.2.2 Situação de Saúde no Acampamento Padre Gino	89
7.2.3 Estratégias para Resolução dos Problemas de Saúde	95
7.2.4 Conceito de Saúde	99
7.2.5 Avaliação do Atendimento no SUS	102
7.2.6 Controle Social no SUS	107
7.2.7 Práticas Complementares de Saúde Adotadas	108
7.2.8 Motivação para Utilização de Plantas Medicinais	117
7.2.9 Resgate de Práticas Complementares de Saúde pelo MST	123
7.2.10 Horta Medicinal	125
7.3 Material Educativo	127

Considerações Finais	128
Perspectivas e Desafios	131
Referências Bibliográficas	133
Apêndices	139
<u>Acampamento Padre Gino</u>	<u>148</u>
<u>Responsável: Marília Gaia</u>	<u>148</u>
<u>Laboratório de Educação em Saúde</u>	<u>148</u>
<u>Centro de Pesquisas René Rachou – FIOCRUZ</u>	<u>148</u>
<u>(31) 32953566 / ramal 141</u>	<u>148</u>
<u>marilia@cpqrr.fiocruz.br</u>	<u>148</u>
<u>Histórico de Ocupação da área</u>	<u>149</u>
<u>Questionário sócio-demográfico e levantamento das práticas de saúde</u>	<u>150</u>
<u>Número:</u>	<u>151</u>
() Assentamento Oziel Alves Pereira () Acampamento Padre Gino	<u>151</u>
<u>Naturalidade:</u>	<u>151</u>
<u>Número de filhos:</u>	<u>151</u>
<u>Número de pessoas que residem na mesma moradia:</u>	<u>151</u>
<u>Possui outros parentes nesta área?</u>	<u>152</u>
<u>Tipo de domicílio:</u>	<u>152</u>
<u>() pau a pique () adobe () alvenaria () barraca de lona () tijolo ()</u>	<u>152</u>
<u>Acabamento das paredes: () Reboco () Pintura ()</u>	<u>152</u>
<u>Forma de captação de água:</u>	<u>152</u>
<u>() córrego/nascente () poço artesiano () bomba carneiro () canalizada ()</u>	<u>152</u>
<u>Forma de banho: () chuveiro elétrico () água esquentada no fogão ()</u>	<u>152</u>
<u>Você ou sua família já utilizou alguma “prática alternativa” para cuidado com a saúde?</u>	<u>153</u>

<u>Você já procurou alguém que “trabalha” com tais práticas alternativas? () sim () não</u>	<u>154</u>
<u>Quando você utilizou, curou? () sim () não</u>	<u>154</u>
<u>Termo de Consentimento de Uso de Imagem</u>	<u>158</u>
<u>Termo de Consentimento de Uso de Imagem</u>	<u>159</u>
<u>Coordenação do Acampamento Padre Gino</u>	<u>159</u>
<i>Anexos</i>	<u>176</u>

Índice de Tabelas

Tabela 1 Respostas fornecidas para a pergunta “*O que é ter saúde?*” entre os entrevistados do Acampamento Padre Gino. _____100

Tabela 2: Plantas indicadas como de uso medicinal, indicação, parte utilizada e forma de preparo atribuídos por parte das famílias do Acampamento Padre Gino. _113 a 116

Tabela 3: Motivação de uso das práticas complementares de saúde entre os entrevistados do Acampamento Padre Gino _____119

Resumo

As famílias do Acampamento Padre Gino (Frei Inocência – MG), participantes do MST, lutam por saúde e qualidade de vida através da adoção de algumas práticas complementares a fim de alcançarem a “*saúde para todos*”, preconizada pela OMS. O objetivo deste trabalho foi conhecer e discutir tais práticas de saúde, bem como seu contexto e relação com os serviços oficiais de saúde, a fim de desenvolver estratégias de educação popular e motivar a discussão das políticas públicas. Esta pesquisa envolveu os métodos da educação popular e utilizou observação participante, questionário e entrevista. Durante a vivência no Acampamento, 38 famílias responderam a um questionário e 12 informantes-chave foram entrevistados. Entre as famílias, além da utilização dos serviços públicos de saúde, é comum o uso de práticas complementares (plantas medicinais, bioenergética, argila, orações, benzeções e alimentação adequada), havendo um sincretismo harmonioso entre diferentes racionalidades em saúde. Esta utilização é ora uma opção pessoal (resolução dos problemas simples, preferência, praticidade, tradição familiar, etc.) e ora uma imposição social (dificuldade financeira e/ou de acesso aos serviços oficiais), variando com a especificidade do momento ou do problema. Cem plantas foram apontadas como utilizadas para a busca e manutenção da saúde e, destas, 70 foram identificadas. Dentre as 70, 42 estão em consonância com a literatura sobre os usos populares e apenas 8 estão com ação cientificamente comprovadas. Plantas e receitas são trocadas na comunidade, ajudando a reforçar os laços sociais e a rede de apoio social. Fatores como a fé religiosa e a associação de saúde como capacidade para trabalhar também se fizeram presentes. A conquista definitiva da terra é percebida pelas famílias como capaz de melhorar a atual situação de saúde. Após a vivência, dois materiais educativos foram elaborados na tentativa de estimular um diálogo entre os saberes popular e científico.

Palavras-chave: Práticas Complementares de Saúde. Educação Popular em Saúde. Saúde no MST

Abstract

The families of the Padre Gino Camping (Frei Inocência- MG), participants of the MST, fight for health and quality of life through the adoption of some complementary practices in search of “*health for all*”, a goal established by WHO. The objective of this study was to get familiar with these health practices, as well as to discuss their context and their relation to official health services, in order to develop strategies of popular education and to motivate a discussion on public policies. The present research included methods of popular education and used participant observation, questionnaire and interviews. During the Camping experience, 38 families answered a questionnaire and 12 key-informants were interviewed. The use of complementary health practices (such as medicinal plants, bioenergetics, clay, prayers, “benzeções”, and specific foods), besides the use of public health services, are common among families, in a harmonious syncretism among the different rationalities in health. Such adoption of complementary health practices is either a personal choice (solving simple problems, preferences, practicality, family tradition, etc.) or a social demand (money problems and/or difficulties of access to official services), according to the specificity of the moment or the problem. A hundred plants were pointed out as being used for the search or the maintaining of health, and 70 among them were identified. Among the 70, 42 are in accordance with the literature about the popular use of plants, while only 8 have their effects scientifically proved. Plants and receipts are exchanged in the community, enhancing social links as well as the social support network. Some factors as religious faith and the health association to work capacity are also present. The families perceive the ownership of land as a factor related to health condition improvement. Two educative materials were elaborated as a consequence of the living experience in an attempt to stimulate a dialogue between popular and scientific knowledge.

Key words: Complementary Practices in Health. Popular Education in Health. Health in the MST.

Apresentação



Placa na entrada do Acampamento Padre Gino (Frei Inocência – MG)
(em 15/01/2004, por M. Gaia)

“Na origem de todas as grandes obras houve uma fermentação de sonhos, projetos e aspirações. Houve uma dedicação apaixonada àquilo que não existia, para que chegasse a existir. Houve uma intuição de possibilidades inéditas e um lançar-se furiosamente para o futuro. Não basta ter grandes desejos para realizá-los. Mas ninguém realiza grandes obras sem ter tido grandes desejos.”

José Comblin – teólogo católico

Fazer esta dissertação foi um grande desafio. Terminá-la, então, quase me deixou louca (acho que isso é bem comum entre os estudantes da pós-graduação). De qualquer forma, apresento aqui tudo o que aprendi, senti e experimentei nestes meses de mestrado. E essa foi uma das minhas melhores realizações, tanto acadêmica quanto pessoal.

Previamente, aviso que este não foi um estudo de etnobotânica, porque meus objetivos foram distintos de um estudo deste tipo. Entre tantos sonhos, quis apreender um pouco sobre as práticas de saúde de famílias em um acampamento do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), vendo a relação destas práticas com a situação política, social e econômica de um acampamento rural e com os serviços públicos/oficiais de saúde.

Sendo assim, ao parodiar Paulo Freire, intitulado meu trabalho de “*Saúde como prática da liberdade*”, ousei pensar que a saúde deveria ser “*libertadora*” e problematizadora, onde Academia e população possam ser os protagonistas do processo de enfrentamento das condições de saúde e doença. Talvez tenha sonhado alto demais. Talvez...

Assim como Freire caracterizava a educação, além de ser um ato de conhecimento, como um ato político, também aqui vejo a disponibilidade da saúde ser este algo mais: algo capaz de desenvolver intervenções na vida, tornando-a com ainda mais qualidade.

Pensando nisso tudo, inicio o texto da dissertação com um breve resgate das orientações mundiais sobre saúde, para que se possa entender quais são as premissas e atitudes básicas para que se alcance um nível ideal desejável de saúde. E é exatamente dentro deste conceito global que surge o nosso Sistema Único de Saúde – SUS. Portanto, falar sobre o SUS é falar dessa possibilidade de “*saúde para todos*” tão amplamente defendida pela Organização Mundial de Saúde e por todos nós.

Se o objeto deste estudo é conhecer e discutir as práticas de saúde das famílias em uma área do MST, e sabendo que estas práticas são baseadas na medicina oficial e em práticas complementares, nada mais óbvio que destinar parte da dissertação às diversas justificativas para a adoção de tais práticas, bem como exemplificar e discutir algumas destas práticas complementares de saúde.

A outra perspectiva do texto aparece no capítulo sobre Saúde e Reforma Agrária. Esta parte é necessária para facilitar o entendimento das práticas de saúde adotadas por famílias que estão envolvidas no processo da Reforma Agrária. Morar em uma área de acampamento ou assentamento rural leva a uma situação diferenciada que pode, e muito, influenciar a postura e a escolha (ou imposição) de determinadas opções terapêuticas. E a própria condição de estar dentro de um grande movimento social, como o MST, trás também algumas implicações na forma de enfrentamento das condições de saúde.

A minha vivência no Acampamento Padre Gino (Frei Inocêncio – Minas Gerais) foi norteada pelas idéias da Educação Popular e da Pesquisa Participante, que forneceram um outro olhar sobre a situação daquelas famílias, permitindo-me ampliar o campo da observação.

Para levantar a riqueza das informações usei de alguns instrumentos da pesquisa qualitativa: observação participante e entrevistas - estruturada (questionário) e semi-estruturada (roteiro).

Como entre as práticas de saúde o que mais se destacou foi a utilização de plantas com propriedades medicinais, a coleta e identificação destas foi fundamental para parte da discussão científica desta utilização.

Após todo este estudo prático e teórico, apresento ao final dois protótipos de materiais educativos que contêm algumas informações básicas para um melhor aproveitamento das plantas medicinais por parte da comunidade acampada e assentada.

E o resultado disso tudo foi, a meu ver, muito interessante. E convido agora você a conhecer um pouco sobre a vida e a saúde das famílias em um acampamento rural.

Introdução



Acampamento Padre Gino (Frei Inocência – MG)

(em 15/01/2004, por M. Gaia)

“A existência da saúde, que é física e mental – está ligada a uma série de condições irrefutáveis umas às outras (...). É produzida dentro de sociedades que, além da produção, possuem formas de organização da vida cotidiana, da sociabilidade, da afetividade, da sensualidade, da subjetividade, da cultura e do lazer, das relações com o meio ambiente. É antes resultante do conjunto da experiência social, individualizada em cada sentir e vivenciada num corpo que é também (...) biológico. (...) Pensar a saúde hoje passa então por pensar o indivíduo em sua organização da vida cotidiana, tal como esta se expressa não só através do trabalho, mas também do lazer – ou da sua ausência, por exemplo (...). Uma concepção ampliada da saúde passaria então por pensar a recriação da vida sobre novas bases(...).”

Vaitsman, 1992

1.1 Tendências Globais da Saúde

Podemos definir saúde como:

“estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de afecções ou enfermidades” e, possui-la “é um direito humano fundamental e a obtenção do mais alto grau possível de saúde é um objetivo social sumamente importante em todo o mundo” (Declaração de Alma-Ata 1978).

“A saúde é ao mesmo tempo um direito humano fundamental e um sólido investimento social” (Declaração de Adelaide 1988). Portanto, o desenvolvimento de políticas públicas voltadas à saúde e planejadas para curto prazo podem trazer benefícios econômicos de longo prazo, uma vez que, podem aumentar, de maneira geral, a produtividade da sociedade tanto em termos sociais quanto econômicos.

A Declaração de Santafé de Bogotá (1992), documento que discute questões de promoção da saúde na América Latina, buscou a criação de condições que garantissem o bem-estar geral das populações latino-americanas, como propósito fundamental do desenvolvimento, assumindo a relação mútua entre este e a saúde. Levando em consideração que as iniquidades na América Latina são agravadas pela prolongada crise econômica e pelos programas de políticas de ajuste macroeconômico, a região enfrenta a deterioração das condições de vida da maioria da população, junto com um aumento de riscos para a saúde e uma redução de recursos para enfrentá-los. O desafio da promoção e da educação em saúde na América Latina consiste em transformar essas questões, conciliando os interesses econômicos e os propósitos sociais de bem-estar para todos, o trabalho pela solidariedade e a equidade social - considerando que estas são algumas das condições indispensáveis para a saúde e o desenvolvimento.

Na ocasião da Declaração de Alma-Ata (1978), durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, confirmou-se a obrigação dos governos de cuidar da saúde de seus povos, mediante adoção de medidas sanitárias e sociais adequadas. Naquele momento, esperava-se que no ano 2000 todos os povos do mundo tivessem alcançado um nível de saúde que lhes permitisse levar uma vida social e economicamente produtiva. Infelizmente, no Brasil de 2005, e, em muitas outras partes do mundo, não podemos dizer que esta meta foi totalmente (ou até parcialmente) atingida.

As estratégias e programas na área da promoção e educação em saúde devem se adaptar às necessidades locais e às possibilidades de cada país e região, bem como levar em

conta as diferenças em seus sistemas sociais, culturais e econômicos (Carta de Ottawa 1986). Muitos educadores estão convencidos da inadequação dos modelos educativos importados, o que implica que os países em desenvolvimento devem criar modelos que respondam melhor às suas realidades (El Andaloussi 2004).

Trad & Bastos (1998) afirmam que o desafio crucial da saúde pública no mundo ocidental é a proposição de programas de intervenção adaptados ao contexto das populações envolvidas, tornando-se um problema ainda mais complicado quando as populações estão em condições de pobreza e desigualdade social. Mais do que nunca, percebemos que, como citado na Declaração de Jacarta (1997), *“a pobreza é, acima de tudo, a maior ameaça à saúde”*.

Em resposta às tendências globais de crescimento da população e mudanças demográficas, urbanização crescente e isolamento rural, e aumento das desigualdades na distribuição de renda, os megapaíses¹ devem reforçar as atuais tendências mundiais na direção de resultados mais positivos em saúde (Rede de Megapaíses 1998).

Após esta introdução sobre o conceito global de saúde e alguns fatores que, direta ou indiretamente influenciam suas condições, faz-se necessário apresentar, brevemente, a situação de saúde no Brasil, destacando as potencialidades e limitações do(s) sistema(s) vigente a fim de entender melhor como caminha a saúde no nosso país e como a população se insere (ou não) neste sistema.

1.2 O Sistema Público de Saúde no Brasil

Em muitos países, o investimento feito no setor saúde é inadequado e, muitas vezes, ineficaz. A Declaração de Santafé de Bogotá (1992) apresenta, como uma das estratégias mundiais em prol da saúde, a transformação deste setor, através da garantia de acesso universal aos serviços de atenção básica, modificação dos fatores condicionantes que produzem morbi-mortalidade e condução de processos que levem as pessoas a criarem ideais de saúde, mediante a completa tomada de consciência da importância da saúde e a realização de ações transcendentais de impacto neste campo.

¹ A Rede de Megapaíses para a Promoção da Saúde nasceu do reconhecimento da necessidade e do potencial para possibilitar um maior impacto na saúde mundial, por meio da formação de uma aliança entre os países mais populosos do mundo (Bangladesh, Brasil, China, Índia, Indonésia, Japão, México, Nigéria, Paquistão, Federação Russa e Estados Unidos da América).

O Brasil, assim como diversos outros países em desenvolvimento, enfrenta complexas desigualdades, tanto de ordem econômica, ambiental, social, política e cultural, como também as relativas à cobertura, acesso e qualidade dos serviços de saúde. Estas desigualdades tendem a se acentuar em razão dos condicionantes históricos de colonização e dominação política e social, tornando ainda mais difícil enfrentar e resolver estes problemas com perspectivas a alcançar a *saúde para todos*.

O sistema público anteriormente existente no Brasil oferecia assistência à saúde apenas à parcela da população que era integrada ao mercado formal de trabalho (trabalhadores com carteira registrada). O processo de redemocratização do país, na década de 80, com ampliação da organização popular e emergência de novos atores sociais, produziu uma ampliação das demandas e pressões sobre o Estado, desencadeando um forte movimento social no campo da saúde. O Movimento da Reforma Sanitária, no qual se destacou o sanitarista Sérgio Arouca, reuniu diversos atores sociais *“em uma batalha política pelo reconhecimento da saúde como direito social, pela universalização do acesso aos serviços de saúde e pela integralidade da atenção à saúde, na luta mais ampla pela construção da cidadania que marcou o final do regime militar”* (Brasil 2003a).

A realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, resultou na legitimação dos princípios do Movimento da Reforma Sanitária e,

“como consequência desse fortalecimento político, o Movimento conquistou a incorporação desses princípios ao texto constitucional de 1988, bem como a determinação da responsabilidade do Estado na provisão das ações e serviços necessários à garantia desse direito” (Brasil 2003a).

Concomitante às indicações internacionais sobre os cuidados de promoção à saúde e visando assegurar o direito de atendimento público e descentralizado a todos os cidadãos brasileiros, criou-se o Sistema Único de Saúde – SUS. Em 1990, o Congresso Nacional aprovou as Leis Orgânicas da Saúde (Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90), que detalham o funcionamento deste sistema (Brasil 1990a e Brasil 1990b).

O SUS tem por finalidade cuidar e promover a saúde de toda a população, melhorando a qualidade de vida dos brasileiros e, *“todas as pessoas, independente de raça, crenças, cor, situação de emprego, classe social, local de moradia, a ele têm direito”* (Brasil 2002a.).

Os princípios básicos do Sistema Único de Saúde, resumidamente, são:

- Universalização: qualquer pessoa passa a ter o direito de ser atendido nas unidades públicas de saúde, independente de vínculo ao mercado formal de trabalho;
- Eqüidade: *“investir na oferta de serviços para grupos populacionais com acesso e utilização insuficientes, entre outros mecanismos, sem reprimir a demanda de serviços necessários a segmentos e grupos que já têm o acesso garantido”* (Brasil 2003a);
- Descentralização: devido às significativas diferenças existentes entre as várias regiões e municípios brasileiros, criou-se formas de descentralizar a prestação dos serviços públicos de saúde, repassando responsabilidades diferenciadas aos diferentes municípios;
- Integralidade: realizar todas as ações necessárias para a promoção, proteção e recuperação da saúde de todos;
- Participação da comunidade: não só o governo, mas também a sociedade tem o dever de fazer o que for preciso para alcançar o direito à saúde.

Fundamentado na assistência universal, integral e igualitária, o SUS representou um grande avanço, permitindo a inclusão social de milhares de brasileiros às ações de saúde. Cerca de 90% da população é, de algum modo, usuária do SUS, seja nas campanhas de vacinação, atendimentos ambulatoriais ou nos serviços de alta complexidade. Na população, 28,6% são usuários exclusivos, 61,5% utiliza o SUS e algum outro sistema de atenção e apenas 8,7% da população não usa o Sistema Único de Saúde (Brasil 2003b).

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil 2003b), os dados gerais sobre a assistência ambulatorial e hospitalar no SUS, competência 2002, são:

- 63.650 unidades ambulatoriais, que realizam em média 153 milhões de procedimentos/ano;
- 5.794 unidades hospitalares, com total de 441.045 leitos, responsáveis por mais de 900 mil internações/mês, perfazendo um total de 11,7 milhões de internações/ano;
- Assistência integral e totalmente gratuita para portadores de HIV e doentes de AIDS, renais crônicos e pacientes com câncer;
- 1 bilhão de procedimentos de atenção básica;
- 251 milhões de exames laboratoriais;
- 8,1 milhões de exames hemodinâmicos, ressonância magnética, sessões de hemodiálise, quimioterapia e radioterapia;

- O Programa de Saúde da Família com 17.610 equipes atendendo mais de 55 milhões de pessoas em 90% dos municípios do país.

Ainda que existam problemas de toda ordem, o SUS, junto com o seguro desemprego, é reconhecido como um dos mais bem sucedidos programas sociais da América Latina. Vale destacar também que entre aqueles que são usuários regulares do sistema público de saúde, mais de dois terços se dizem satisfeitos com os serviços. (Manzano 2003).

É inegável a importância e a necessidade do SUS para o desenvolvimento social, e também econômico, do país. No entanto, há ainda um longo caminho a percorrer para consolidar efetivamente o Sistema e garantir o acesso universal preconizado na Constituição. Os problemas ainda são muitos, como por exemplo, recursos financeiros insuficientes e gastos irracionalmente, pouca participação dos Estados no financiamento, deficiência qualitativa de recursos humanos, precarização das relações de trabalho e baixa resolutividade e limitações no acesso aos serviços (Brasil 2003b). A desorganização política, a demanda excessiva de atendimentos, a morosidade na burocracia do Sistema e a falta de estruturas físicas e sociais fazem que o acesso ao SUS, principalmente entre aqueles que não tem uma outra opção, se torne cada vez mais precário.

Segundo Assis et al. (2003), convivemos no cenário nacional de saúde com acessos seletivos (“*desigualdade de acesso e distribuição de benefícios em função do poder de compra do usuário, seja pelo desembolso direto cliente-profissional, ainda que em pequena escala, ou pelos contratos estabelecidos por seguradoras de saúde ou cooperativas médicas*”), excludentes (“*por ser pautado na lógica do mercado e condicionar o direito à assistência universal aos mecanismos de racionamento dos gastos que têm como consequência a deterioração da qualidade da atenção prestada nos serviços públicos*”) e focalizados (por “*restringir o atendimento público a determinados serviços ou programas, e a universalização da atenção se traduz em um sistema segmentado e desarticulado no âmbito interno do sistema público e na cadeia organizativa do sistema como um todo*”). Estes “*acessos*” se complementam e se justapõem nos diferentes serviços públicos e privados, havendo, portanto, um descompasso entre a legislação e a legitimidade social.

Segundo Veloso (2004), “*dizer que o sistema está falido, ou não funciona, é fazer um juízo derrotista, que não ajuda na construção de uma das melhores propostas*” da nossa Constituição e, que são necessários inúmeros esforços para se cumprir todos os princípios previstos na mesma.

Os desafios do Ministério da Saúde, dos profissionais da área e de toda a população residem em avançar no processo de implementação do SUS, ampliando a assistência e qualificando o serviço prestado. Nesta busca, a equidade, o reforço da atenção básica, o controle das endemias, a melhoria do acesso aos medicamentos, a capacitação dos profissionais de saúde e o fortalecimento do controle social² figuram entre as prioridades a serem alcançadas.

A construção da equidade na saúde tem precedência sobre os demais desafios,

“por se constituir no princípio e no objetivo estratégico central, que perpassa os outros desafios, tornando-se estratégia para a Universalidade e aumento da eficácia do sistema. Por isso, o desafio da Equidade expõe a imperiosidade do pleno exercício do controle social pelos Conselhos de Saúde e do decidido reconhecimento e construção do seu caráter deliberativo” (Brasil 2003a).

A condição essencial para a garantia do direito à saúde é a exigência de que políticas públicas intersetoriais sejam uma prática permanente em todos os níveis de Governo, tomando como referência a qualidade de vida da população, ou seja, políticas de emprego, moradia, educação, assistência e previdência social, reforma agrária, saúde, saneamento básico e vigilância ambiental, segurança alimentar, segurança do trabalho e segurança pública, concebidas como partes integrantes do conceito de seguridade social, em um projeto de desenvolvimento social e econômico sustentável, realmente integrador e distributivo.

É preciso, urgentemente, diminuir as iniquidades existentes – entre as mais diversas regiões e/ou entre distintos grupos étnicos e sociais – tanto nas condições de saúde como na utilização de serviços. Todavia, para termos um sistema justo, equitativo e de atenção integral à saúde, é necessário compromisso com os devidos gastos no setor, particularmente dos investimentos públicos, evitando a dicotomia entre o SUS para pobres, idosos, doentes crônicos e portadores de deficiências e o segmento de planos e seguros de saúde para os ricos e remediados (Brasil 2002b).

Segundo Luz (1997) sabe-se que as questões mais importantes de saúde das populações do mundo, principalmente dos países do Terceiro Mundo, não são mais uma

² Controle social pode ser entendido, resumidamente, como o controle da sociedade sobre as ações do Estado e sobre o fundo público. O controle social é importante no sistema público de saúde no Brasil, sendo um tema relevante e atual, frente à tendência crescente à utilização do fundo público no Estado brasileiro para atender interesses particularizados. Um bom exemplo de controle social é a formação dos Conselhos de Saúde. (Adaptado de Elisabeth Diniz Barros, socióloga, consultora da Secretaria de Gestão de Investimento em Saúde do Ministério da Saúde, pesquisadora associada do Núcleo de Estudos em Saúde Pública da UnB e relatora geral da XI Conferência Nacional de Saúde).

questão estritamente médica. Através das contribuições da saúde pública, sabemos que uma tecnologia relativamente simples e adquirida pela medicina há várias décadas, é suficiente para enfrentar as doenças mais comuns nesses países. O enfrentamento das questões de saúde exige a consolidação de políticas públicas infra-estruturais, atualmente deixadas de lado pelos governos neoliberais, e de “*modelos médicos pouco custosos, que possam assegurar práticas adequadas de promoção e recuperação da saúde*”. Tais modelos, mais relacionados com a atenção primária à saúde, atuam de maneira mais simplificada,

“dispensando a parafernália dos exames sofisticados” e privilegiando “como forma de intervenção prioritária a adoção pela clientela de práticas alternativas de saúde, hábitos e estilos de vida, hierarquizando ações, formas de intervenção, incentivando muitas vezes uma presença mais ativa do cidadão doente em face de sua doença através de estratégias de socialização, como formação de grupos de pacientes com troca de experiência e tomada de decisões para iniciativas de práticas coletivas, reuniões e discussões com terapeutas e especialistas” (Luz 1997).

Contudo, se o acesso ao SUS não é equitativo e amplo nas áreas urbanas, este se torna ainda mais dificultado para as populações rurais e de pequenas cidades. A distância dos centros urbanos, a dificuldade de locomoção, a falta de informações corretas, o desconhecimento dos direitos, as extensas filas para marcação de consulta, a demora para conseguir um atendimento médico ou realização de exames, faz com que o SUS se torne cada vez mais “inatingível” para uma parcela da população. Este quadro ajuda a engrossar as estatísticas de morbidade e mortalidade no Brasil, aumento de óbitos por doenças de fácil diagnóstico e cura, além da crescente adesão às práticas complementares de saúde (algumas delas com procedimentos e efeitos ainda duvidosos).

Tendo em vista tais aspectos de enfrentamento das questões de saúde e acesso aos serviços públicos, o presente estudo pretendeu realizar uma discussão sobre as possibilidades e condições de saúde de famílias que, muitas vezes, se encontram à margem do atual sistema capitalista de atenção e cuidado à saúde e acabam buscando e/ou optando por outras formas de obtenção de saúde, bem estar e qualidade de vida.

Objetivos



Xarope “*fortalecedor*” a base de ervas e gordura de galinha,
preparado por uma avó para o seu neto.

(Acampamento Padre Gino, Frei Inocêncio – MG)

(em 20/01/2004, por M. Gaia)

"Não haveria criatividade sem a curiosidade que nos move e que nos põe pacientemente impacientes diante do mundo que não fizemos, acrescentando a ele algo que fazemos."

Paulo Freire

2.1 Objetivo Geral

O objetivo geral desta dissertação é:

⇒ Conhecer as práticas de saúde de famílias em um acampamento rural a fim de desenvolver estratégias de educação popular em saúde e motivar a discussão de outras possibilidades para as políticas públicas de saúde, visando adequações e melhor resolutividade/equidade nos serviços, principalmente para a área rural brasileira.

2.2 Objetivos Específicos

- i) Realizar um levantamento das práticas de saúde utilizadas pelas famílias residentes no Acampamento Padre Gino e explorar o contexto desta utilização;
- ii) Discutir a relação das famílias e de suas práticas com os serviços oficiais de saúde;
- iii) Investigar as possíveis evidências científicas das práticas adotadas (como no caso das plantas medicinais, comparar o uso atribuído com o uso descrito na literatura);
- iv) Identificar e discutir os possíveis fatores que influenciam a utilização das práticas de saúde adotadas;
- v) Desenvolver protótipos de material educativo como estratégia de educação popular em saúde.

Justificativas



Processo de produção de pomadas a partir de planta medicinal.

(Acampamento Padre Gino, Frei Inocêncio – MG)

(em 03/04/2004, por M. Gaia)

“Que sentido pode ter a medicina popular nas sociedades que elegeram a razão como critério de verdade e que delegaram à ciência e à técnica a função de orientar as práticas mais corriqueiras? Duplamente estigmatizada, por seu caráter de classe e por seu distanciamento com relação às verdades produzidas pela ciência, a medicina popular tem merecido pouca atenção de pessoas preocupadas em investigar a saúde e a doença. E, no entanto, no momento em que a medicina atinge um grande nível de sofisticação tecnológica, constata-se permanecer ainda na zona rural e proliferar nos centros urbanos do país, a procura de práticas alternativas de saúde, dentre elas as práticas da medicina popular e as soluções mágicas para a doença.”

Maria Ângela A. Nascimento, 1997

Estudos das práticas complementares de saúde³ são essenciais, pois, além de importantes para o contexto histórico e cultural das populações, são, também, indispensáveis para a constatação dos benefícios e malefícios destas práticas. Além disso, segundo Rodrigues (2002), no caso específico das plantas medicinais, são as indicações já consagradas pelo uso popular que indicam as plantas a serem estudadas para o desenvolvimento de novas drogas ou preparações farmacêuticas úteis.

Evidências científicas para as práticas não convencionais se restringem mais aos usos da acupuntura, homeopatia e de alguns fitoterápicos^{4 5}; pesquisas adicionais ainda precisam ser realizadas para verificar a eficácia e confiabilidade, além de esclarecer e problematizar a motivação para tal utilização. O uso irregular ou inapropriado da medicina complementar, bem como da oficial⁶, pode acarretar em efeitos negativos ou perigosos. Por exemplo, muitas plantas, usadas indiscriminadamente podem ser de alta toxicidade para os usuários, conforme afirmam Shoba & Thomas (2001) e Elvin-Lewis (2001).

No Brasil, algumas características inerentes ao país propiciam a adesão às práticas complementares de saúde, principalmente a utilização de plantas medicinais. Alguns desses fatores de favorecimento são: histórico de utilização e disseminação de tais práticas por comunidades tradicionais (comunidades indígenas, rurais, afro-brasileiras e descendentes de europeus), principalmente, por pessoas mais idosas; grande diversidade da flora; extensas áreas rurais com um contingente considerável de habitantes, em geral, acostumados a

³ A princípio, estarei usando o termo **Medicina Complementar** para englobar todas as práticas que não forem as convencionais. No próximo capítulo estarei dando os devidos esclarecimentos da adoção deste termo.

⁴ A fitoterapia está associada aos dois sistemas terapêuticos: alopatia e homeopatia. É baseada na alopatia, “diferenciando-se desta pelo uso de preparados tradicionais padronizados, eficazes, com inocuidade e qualidade controladas, elaborados de plantas medicinais e não preconizando uso de substâncias quimicamente definidas, isoladas, purificadas e de estrutura molecular determinada. (...) ... a fitoterapia se aproxima da homeopatia à medida que esta se utiliza de produtos de origem natural e muitas vezes de tinturas padronizadas de plantas medicinais.” (Di Stasi 1996c:27).

⁵ A fitoterapia, homeopatia e acupuntura são reconhecidas pelos Conselhos de Medicina como “atividades alternativas” (utiliza-se exatamente este termo) que podem ser desenvolvidas por médicos. A fitoterapia, enquanto prática terapêutica e a homeopatia e acupuntura, enquanto especialidades médicas. Além destas, são igualmente reconhecidas a antroposofia (prática terapêutica), a hipnologia (nos processos de diagnóstico) e a medicina orto molecular (Behrens 2003).

⁶ Segundo Di Stasi (1996c), no Brasil, bem como na maioria dos países ocidentais, a Medicina Oficial se baseia no sistema alopático de tratamento. “A alopatia caracteriza-se por um sistema terapêutico de cura pelos contrários, e os medicamentos são denominados e catalogados como anti-inflamatórios, anti-asmáticos, anti-helmínticos, anti-neoplásicos, e assim por diante. É a cura por antagonistas que se utiliza de medicamentos oficiais, na maioria, quimicamente definidos ou de fitoterápicos.” (p.26).

manterem hortas com espécimes medicinais e para a culinária; heterogeneidade cultural; e um sistema de saúde, que apesar de defender a universalização e a equidade, não é ainda capaz de absorver e atender toda a população.

Variadas são as justificativas para a adesão às práticas complementares terapêuticas, e também de diagnóstico, pela população, independente do extrato social e/ou econômico. São diversos os autores que alertam para a possibilidade da adesão às práticas terapêuticas complementares como forma de resolver as dificuldades de acesso ao sistema formal de saúde. Como afirmam Gomes et al. (1985):

“A medida que o sistema de assistência médica exclui uma parcela da população, uma forma de buscar alternativas para falhas neste sistema de saúde é o indivíduo procurar outras fontes que não a medicina oficial.”

Por sua vez, Souza et al. (1998) também apontam que:

“A hegemonia do conhecimento científico não tem sido traduzida em tratamentos médicos acessíveis a todos; a população pobre no Brasil é a que está mais próxima de ser excluída da medicina científica, e as práticas populares têm sido, em muitos casos, a única alternativa para o cuidado à saúde.”

Esteves (2002) observa que a questão saúde para as famílias do meio rural *“ainda possui algumas mazelas a serem superadas na busca de ser reconhecida como direito de todos os cidadãos”* (p.71), e que esta população acaba lançando mão de algumas estratégias que visam garantir minimamente condições de saúde, tentando resolver seus problemas da melhor forma possível através da efetivação de outras alternativas ao sistema atual de saúde. E ainda afirma que, entre as famílias residentes em um Acampamento do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, no Rio de Janeiro, *“a universalização, a equidade e a integralidade, que regem o atual sistema de saúde parecem utopias longe da concretização”* (p. 73).

Em acréscimo, Rezende & Cocco (2002), afirmam que o uso das *“práticas alternativas”* tem persistido, entre outros motivos, pela dificuldade no acesso à assistência de saúde por parte da população que não tem suas demandas e necessidades atendidas. Tais demandas e necessidades *“são parcialmente suprimidas pelo uso das terapias alternativas e também por opção pessoal”*.

Neste sentido, sendo de domínio público, o conhecimento sobre as plantas medicinais representou e ainda representa o único recurso terapêutico de muitas comunidades e grupos étnicos (Di Stasi 1996b).

Diversos outros fatores, além das dificuldades de acesso ao sistema de saúde, têm incrementado a discussão em relação à utilização da medicina complementar, como, por exemplo, a insatisfação dos resultados da medicina oficial e a opção de vida e/ou financeira dos indivíduos ou grupos.

Laplantine (1991) afirma que enquanto a intervenção médica oficial pretende apenas fornecer uma explicação experimental dos mecanismos químico-biológicos da morbidez e dos meios eficazes para controlá-los, as “*medicinas populares*” associam uma “*resposta integral*” a uma série de insatisfações (não apenas somáticas, mas também psicológicas, sociais, espirituais e/ou existenciais) que o racionalismo social não se mostra, sem dúvida, disposto a eliminar. Da mesma forma, Araújo (2000) relata que a crítica lançada à biomedicina, muitas vezes, refere-se à desconsideração da influência dos fatores emocionais nos processos de adoecimento e cura, bem como à fragmentação do corpo e seus males em virtude da supervalorização das especialidades.

Para Palmeira (1990), o crescimento da demanda e da oferta de “*terapias alternativas*” vem em resposta a “*crise da medicina científica e de seu paradigma mecanicista*”.

Apesar da tecnologia médica das últimas décadas ter melhorado as possibilidades diagnósticas, terapêuticas e cirúrgicas e ter reduzido à prevalência das condições agudas e infecciosas, o progresso tem fracassado na cura de muitas incapacidades e condições crônicas prejudiciais à saúde, levando muitas pessoas a recorrerem à “*medicina alternativa*” para resolução de doenças e sintomas (Eisenberg et al. 1993, Fisher & Ward 1994, Vickers 1994 apud Norheim & Fonnebo 1998; British Medical Association 1986 e Patel 1987 apud Murray & Shepherd 1993). Muitos pacientes que sofrem de dores crônicas, alergias, dores musculares e ósseas e de condições psicossomáticas e funcionais tem se desapontado com os tratamentos que recebem da “*medicina ortodoxa*” e constituem uma ampla proporção da clientela do “*setor alternativo*”. (Thomas et al. 1991 e Moore et al. 1985 apud Murray & Shepherd 1993).

Talvez o aspecto mais atrativo de muitos desses “*tratamentos alternativos*” é a abordagem holística e a orientação através de sentimentos e necessidades individuais, indo além da determinação clínica necessária para o cuidado com a saúde. O acesso a um “*tratamento alternativo*” é uma opção do usuário e a oportunidade de escolha pode trazer benefícios para o próprio. Muitos destes são caracterizados pelo uso de substâncias que ocorrem “*naturalmente*” no corpo e por técnicas não invasivas como meditação, massagem,

mudanças na postura e respiração e uma atenção especial à dieta alimentar (Murray & Shepherd 1993).

Segundo Coward (1989), dados da British Medical Association (1986) e Patel (1987) citados por Murray & Shepherd (1993), o crescimento da “*medicina alternativa*” tem sido interpretado como correspondente a:

- uma mudança fundamental nos valores da sociedade;
- uma reação contra a era materialista;
- um desejo de retomar um estilo de vida mais natural;
- uma crença de que o estado de saúde total pode ser atingido através de ações preventivas individuais;
- a expressão da insatisfação da hegemonia científica e tecnológica da medicina moderna.

Luz (1997) propõe que um dos elementos básicos explicativos da crise da medicina moderna é a “*fuga da clientela em busca de outras racionalidades terapêuticas, que priorizem em seu modelo o sujeito doente e seu cuidado*”. A autora destaca que, muitas vezes, na medicina oficial ocorre a perda ou deterioração da relação médico-paciente, através da mercantilização das relações e da visão do doente como um consumidor potencial de bens médicos.

Segundo Luz (1997), são três quartos da população mundial que carecem de saúde, seja nas condições coletivas inadequadas e insalubres de existência, seja no sentido individual em suas funções orgânicas e sistemas psicobiológicos, gerando um quadro internacional de crise sanitária. Levando-se em consideração o desenvolvimento da tecnologia e da ciência no campo da medicina, que muitas vezes é incapaz de reverter este quadro, a busca por outras racionalidades em saúde por parte de distintos grupos sociais torna-se uma explicação razoável para o sucesso de sistemas terapêuticos regidos por paradigmas distintos daqueles preconizados pela medicina científica. Para a autora,

“A generalidade e o distanciamento abstrato com que são tratados os paciente da biomedicina, em função da centralidade da doença no paradigma da medicina científica, criou uma barreira cultural para muitos indivíduos e grupos sociais, que demandam ser efetivamente ‘tratados’, e não apenas diagnosticados. Não basta aos sujeitos doentes, ou em risco de adoecimento, saberem o nome da patologia que têm ou poderão vir a ter: precisam saber também se e como serão efetivamente cuidados para se curarem do mal ou não o contraírem. Em outras palavras, a questão da

‘cura’ voltou a ser importante na cultura, e a medicina ocidental ainda não parece ter se dado conta da importância deste evento para o seu futuro desenvolvimento nas sociedades.”

A forma de encarar os fenômenos relacionados às doenças pelas sociedades, e também individualmente, contribui também para a escolha de um ou outro sistema terapêutico – e até mais de um -, sejam complementares ou oficiais. Amorozo (1996) observa que existem pelo menos três níveis etiológicos a partir dos quais os sintomas e doenças são diagnosticados, sendo eles: i) o nível físico ou natural, no qual a origem da doença reside entre as causas físicas ou fisiológicas; ii) o nível sobrenatural, onde os problemas de saúde são causados pela intervenção de uma entidade sobrenatural e iii) o nível social, quando a causa é decorrente de relações sociais conflituosas. Estas três formas de causalidade dos problemas de saúde contribuem, em alguns casos, na justificativa frente as diferentes opções na condução de um tratamento.

Entre as práticas complementares de saúde, diversas são de origem e/ou uso popular. No Brasil, práticas populares de saúde têm sido uma expressão essencial da cultura popular (Souza et al. 1998). Mais especificamente se falamos do nosso estado, Minas Gerais abriga diversos tipos de “*curadores*” da “*medicina tradicional*”: garrafeiros (aqueles que fazem garrafadas), raizeiros e benzedeiros ou curandeiros (Hirschmann & Arias 1990).

Souza et al. (1998) apontam algumas razões para valorização das práticas populares de saúde:

- manutenção da herança cultural;
- tendência de materializar-se mais na população pobre;
- tendência de compartilhar uma visão holística da saúde e da doença, e
- tendência a custar menos que as práticas médicas oficiais.

Dentro dessa linha de pensamento, Ávila-Pires (1995) sugere que:

“A escolha individual de um sistema terapêutico é mais influenciada por fatores culturais, pela tradição familiar e pela moda, do que pela análise racional dos seus fundamentos” [e o que] “distingue realmente os diferentes sistemas são seus princípios e não suas práticas”.

As práticas populares de saúde brasileiras são, na grande maioria das vezes, aprendidas e disseminadas informalmente, entre as gerações (Souza et al. 1998; Medeiros et al. 2004; Amorozo 1996). Nesse sentido, Gomes et al. (1985) acrescentam que:

“A medicina popular (não oficial) faz parte da cultura de um povo, o produto da vida em grupo; é o destilado das experiências de gerações passadas, transmitido por meio de aprendizagem consciente e inconsciente, isto é, um padrão ou plano de vida que norteia a existência pessoal e em grupo.”

Mas, Medeiros et al. (2004) ressaltam que o processo de aculturação, onde as novas gerações buscam os meios modernos de comunicação, causa a perda desta valiosa transmissão oral.

Mais uma vez podemos ressaltar que são valiosos os estudos sobre as práticas complementares de saúde seja para a devida contextualização, eficácia, segurança ou manutenção do conhecimento.

Práticas Complementares de Saúde



Plantago major L. (trancagem), utilizada como opção terapêutica pelas famílias do Acampamento Padre Gino (Frei Inocência – MG) (em 11/09/2004, por M. Gaia)

O jardim da saúde

Malva sávia e maravilha
A salsa o louro e a lavanda
Sete-sangria e artemísia
Cravo cononha e tomilho
Mama-cadela e espelina
Anico salsaparrilha
Fitolaca e camomila
Erva-mate e madressilva
Cataúba e catuaba
Cevado gerânio e rosa
A manjerona e a mangaba
Ora-por-nobis coentro
Erva-de-santa-luzia
A segurelha o alecrim
Tanchagem poejo e endro
O confrei e o caiubim
Cipó-cururu e arruda
Inhame e ver-pombinha
O corefócio e a carqueja
Erva-cidreira e roxinha
O cominho e o araticum
Quina tinguí azedinha
Urucum urtiga e aneto
Erva-doce e douradinha
O capim corobobó
Comani manjericão
Borago hortelã babosa
Erva-de-tiú e limão
Erva-de-passarinho
Cominho e erva-de-tostão
Curare mate e mastúrcio
Pequi e arroz-com-feijão

Carlos R. Brandão

4.1 Resgate Histórico

A utilização de ‘produtos’ provenientes da natureza para prevenção e cura de doenças e sintomas, condicionada a um processo de experimentação empírica, constitui a base da medicina popular e vem se desenvolvendo desde os tempos mais remotos pelos mais diversos povos.

Não são raros os relatos da utilização de plantas medicinais desde a Antiguidade. Dados históricos descrevem que em Minas Gerais, a população intensificou o uso das plantas medicinais no século XIX. Devido à dificuldade de acesso aos médicos acadêmicos, pois estes se concentravam na capital – na época o Rio de Janeiro – e cobravam muito caro, os mineiros preferiam se tratar com os herboristas e raizeiros (“*médicos práticos*”) (Figueiredo 2002 apud Brandão 2003).

Segundo Alzugaray & Alzugaray (1983), desde a Antiguidade já se acreditava que a magia do reino vegetal repousava no conhecimento dos espíritos das plantas. Nesta crença, retomada pelo alquimismo⁷ e sustentada pelo ocultismo⁸, as plantas seriam dotadas de uma inteligência instintiva e de intenso poder sobre o plano material, podendo então efetuar curas surpreendentes, bastando para isso, serem bem dirigidas. Ainda hoje, a medicina popular ocidental, com menor tradição de rituais de cura que o oriente, muitas vezes se realiza dentro da lógica da magia, que mistura o conhecimento dos efeitos terapêuticos de certa planta com invocações e rezas para eliminar as doenças. Sendo consideradas ou não como seres espirituais, as plantas adquiriram fundamental importância na medicina popular por suas propriedades terapêuticas ou tóxicas. A China se dedica ao cultivo de plantas medicinais desde 3000 a.C., bem como os egípcios que, desde 2300 a.C, cultivavam diversas plantas e a partir delas formulavam purgantes, vermífugos, cosméticos e diuréticos.

Hipócrates (460 – 377 a.C.), conhecido como o “Pai da Medicina”, reuniu em sua obra “*Corpus Hippocraticum*” a síntese dos conhecimentos médicos daquele tempo, indicando para cada enfermidade o remédio vegetal e o tratamento adequado. Já no começo da Era Cristã, Dioscórides enumerou mais de 500 drogas de origem vegetal, descrevendo o emprego terapêutico de muitas delas, em seu tratado “*De matéria Medica*” (Alzugaray & Alzugaray 1983).

⁷ Segundo Ferreira (1975), alquimia é: “S. f. A química da Idade Média e da Renascença, que procurava, sobretudo, descobrir a pedra filosofal”

⁸ Segundo Ferreira (1975), ocultismo é: “S. m. 1. Ciência dos fenômenos que parecem não poder ser explicados pelas leis naturais, como, p. ex., a levitação e a telepatia. 2. As artes divinatórias ou ciências ocultas.”

Na Idade Média, ocorreu o auge da “*medicina dos signos*” (ou “*assinatura dos corpos*”), que postulava a cura de determinadas partes doentes do corpo por meio de plantas que lhes fossem semelhantes (analogias com forma, aspecto, cor, cheiro, disposição dos órgãos e tecidos, hábitat e outros); partia-se do pressuposto de que tudo que a natureza cria recebe a imagem da virtude que ela pretende esconder ali⁹. (Di Stasi 1996b; Alzugaray & Alzugaray 1983). Até hoje é comum verificar este tipo de raciocínio nas populações que utilizam das plantas como recurso terapêutico principal (Di Stasi 1996b).

Na Europa, durante a Idade Média, apenas os mosteiros mantiveram viva a literatura medicinal e cabia aos monges a tarefa de cuidar dos doentes. Fora dos mosteiros, recorria-se comumente a rituais mágicos, ortopedistas viajantes e curandeiras em busca de saúde (Alzugaray & Alzugaray 1983).

Os alquimistas impulsionaram muito a arte de curar, pois, enquanto procuravam descobrir a fórmula para transformar qualquer metal em ouro e o elixir da longa vida, realizaram diversas experimentações, introduzindo a aplicação do enxofre, mercúrio, zinco e outros elementos inorgânicos na curas das doenças. Dentre os alquimistas, destaca-se Paracelso (médico, teólogo e filósofo que postulou as bases da medicina natural). Para ele, todos os corpos, orgânicos ou minerais, constituíam combinações variadas de três elementos fundamentais: o enxofre (fogo), o mercúrio (água) e o sal (terra), ou seja, a volatilidade, a fluidez e a solidez (Teoria dos Três Princípios). Ele admitia que cada doença, resultante do supérfluo do corpo, tinha seu antídoto na mistura elemental, de modo que, por intermédio das plantas e dos minerais se poderia descobrir a origem das enfermidades (Alzugaray & Alzugaray 1983).

Aproximando mais o tempo atual, falando de uma prática que está se tornando bem comum, em 1976, o médico Samuel Hahnemann lançou as bases da homeopatia. Em contraposição à medicina alopata, a homeopatia tem como princípio a aplicação de medicamentos muito diluídos, destinados a agravar inicialmente as doenças para, então, curá-las. É baseada na regra da semelhança, que postula que o semelhante deve ser tratado com o semelhante, e, sendo um tratamento pelo estímulo, é indicada apenas para doenças que, em sua evolução apresentam mecanismos de defesa e cura (Alzugaray & Alzugaray 1983).

⁹ Um vegetal cujas raízes tinham forma de órgãos genitais era indicado contra esterilidade, enquanto outro de sabor amargo e seiva ou flores amarelas, servia contra males hepáticos. A briófito *Hepatica* sp., pela sinonímia de sua folha com formato de fígado, é popularmente empregada contra problemas provenientes deste órgão. O feijão seria útil para o tratamento de problemas renais, a pimenta seria ótima para queimaduras, etc.

4.2 O Contexto das Práticas Complementares de Saúde

Existe uma variedade de termos que podem definir a medicina não ortodoxa (não oficial, biomédica ou acadêmica), sendo estes, medicina tradicional, alternativa, complementar, popular, etc. Nos países orientais e do continente africano costuma-se empregar o termo “*medicina tradicional*”. Já nos países industrializados, adaptações da medicina tradicional são intituladas de “*complementar*” ou “*alternativa*” (WHO 2003).

Segundo Luz (1997), o termo, no singular, “*medicina alternativa*” é o termo institucional enunciado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo

“uma prática tecnologicamente despojada de medicina, aliada a um conjunto de saberes médicos tradicionais” e “foi proposta como alternativa [grifo da autora] à medicina contemporânea especializada e tecnocientífica, no intuito de resolver os problemas de adoecimento de grandes grupos populacionais desprovidos de atenção médica no mundo”. Atualmente o termo “medicina alternativa” “se reveste de grande polissemia, designando qualquer forma de cura que não seja propriamente biomédica”. (Luz 1997)

Não é objetivo desta dissertação realizar uma discussão dos diferentes termos dos diversos grupos de práticas de saúde, muito menos definir a denominação mais adequada. Nesta dissertação, todas as práticas consideradas à margem (mas não por isso serão aqui menosprezadas) da medicina biomédica serão denominadas de complementares. As denominações de outros autores serão mantidas entre aspas para que não se perca a abordagem que estes deram ao termo e suas práticas. Esta escolha do termo **Medicina ou Práticas Complementares de Saúde** se deu devido à minha consideração pessoal de que, muitas vezes, usa-se uma associação de diferentes sistemas de saúde, um complementando o outro, seja por opção ou devido às condições (pessoais, financeiras, culturais, sociais, etc.), em busca de uma melhor situação de saúde e bem-estar.

Segundo a OMS, “*Medicina Tradicional*” se refere a todo o conjunto de práticas, conhecimentos, crenças e abordagens de saúde que vão além da forma convencional alopática; baseando-se na utilização de remédios¹⁰ e fórmulas de origem vegetal, animal ou

¹⁰ Segundo Di Stasi (1996c) o “*termo remédio expressa e se refere de modo amplo a qualquer processo ou meios usados com a finalidade de cura ou prevenção de doenças, incluindo tanto o medicamento, ou uma espécie vegetal com efeito medicinal, como agentes físicos ou psíquicos utilizados em um procedimento terapêutico. De natureza psíquica, incluem-se os procedimentos básicos úteis na relação médico-paciente até a utilização de um benzimento, uma oração ou qualquer procedimento voltado para obter cura ou tratamento.*” (p.24).

mineral, terapias espirituais, técnicas e exercícios com as mãos, etc., aplicados para o tratamento isoladamente ou combinados, capazes de prevenir, diagnosticar ou curar enfermidades ou, simplesmente, capazes de assegurar o bem-estar (WHO 2003).

São exemplos da medicina complementar, independente de comprovação científica: utilização de plantas medicinais das mais diversas formas (fitoterápicas ou não), diversas práticas da medicina tradicional chinesa como a acupuntura, shiatsu e o yoga, utilização de produtos de origem animal (mel, urina, etc.), homeopatia, bioenergética, benzeções, reiki, cirurgias espirituais, orações, terapia dos cristais, das cores, dos florais, da regressão a vidas passadas, técnicas de hipnose e relaxamento, entre outras.

A OMS, após sua XXXI Assembléia Geral, em 1978, iniciou os primeiros estudos sobre utilização e avaliação dos métodos da medicina complementar, mas, muitas dessas práticas têm sido pouco estudadas cientificamente. Acreditando que as “*terapias tradicionais*” podem ser uma ferramenta para aumentar o acesso da população aos cuidados básicos em saúde, desde 2002, a OMS une esforços para desenvolver políticas nacionais capazes de avaliar e regulamentar as práticas da “*medicina tradicional*”, a fim de estimular as discussões sobre tais terapias, além de, no caso específico das plantas medicinais, estimular o cultivo, conservação e uso sustentável (WHO 2003).

Para a OMS, o mundo em desenvolvimento não deve se remeter exclusivamente a uma medicina de tipo ocidental, nem a dos médicos formados no Ocidente, para promover os cuidados com a saúde à totalidade de sua população, pois uma síntese entre a “*medicina moderna*” e a “*medicina tradicional*” é uma necessidade e uma realidade (WHO 1998).

Diversos países da África, Ásia e América Latina fazem uso da “*medicina tradicional*” a fim de atingir os cuidados básicos de saúde. Estima-se que só na África mais de 80% da população recorra à “*medicina tradicional*” para suprir tais necessidades (WHO 2003).

Na China, as preparações a partir de plantas somam cerca de 30 a 50% do consumo total de medicamentos. Em Gana, Mali, Nigéria e Zâmbia (África), a primeira opção de tratamento para 60% das crianças com febre resultante de malária é o uso de plantas medicinais na própria casa. Na Europa, América do Norte e outras regiões industrializadas, mais de 50% da população já utilizou a “*medicina complementar ou alternativa*” pelo menos uma vez. Em São Francisco (EUA), Londres e África do Sul, 75% das pessoas com HIV/AIDS usam a “*medicina tradicional*”. Na Alemanha, 90% da população usou remédios “*naturais*” em algum momento da vida e entre 1995 e 2000 o número de médicos com formação na medicina natural praticamente dobrou para 10.800 neste país. Nos Estados Unidos, de acordo com a Comissão de Medicina Alternativa e Complementar local, 158

milhões de adultos usam os recursos da “*medicina complementar*”. Na Inglaterra, o gasto anual na “*medicina alternativa*” é de 230 milhões de dólares. A comercialização global de remédios de plantas medicinais movimenta mais de 60 bilhões de dólares anualmente e este mercado cresce vertiginosamente (WHO 2003). Sabe-se que cerca de 25% dos remédios atuais são feitos a partir de plantas que originalmente são utilizadas na cultura popular.

Segundo Di Stasi (1996a), no Brasil apenas 20% da população consome 63% dos medicamentos industrializados disponíveis no mercado e o restante da população encontra nos produtos de origem natural, especialmente nas plantas medicinais, a única fonte de recurso terapêutico.

Para Luz (1997), a disseminação das práticas complementares que atingiu basicamente os centros urbanos, não apenas do Brasil, mas do conjunto dos países latino-americanos, principalmente a partir da década de 80, pode ser evidenciado pelos seguintes indícios, denotando o aumento da procura das mesmas por um número significativo de pessoas:

- grande desenvolvimento, nos centros urbanos, de farmácias e lojas de produtos naturísticos tradicionais ou recentes;
- reaparecimento, em feiras populares urbanas do “*erveiro*” (vendedor de plantas medicinais) como agente de cura;
- aparecimento freqüente nos noticiários da grande imprensa escrita e televisiva de reportagens sobre os efeitos curativos de terapias ou práticas terapêuticas não convencionais.

Estes eventos assinalam a expansão das “*medicinas complementares*” na sociedade ocidental, que começam a disputar espaços tanto junto à clientela liberal ou privada, quanto nos serviços de saúde, demandando uma legitimação institucional, até então não reconhecida ou concebida (Luz 1997).

A “*medicina alternativa*” latino-americana, para Luz (1997), incorpora os antigos sistemas médicos, como a medicina tradicional chinesa e a ayurvédica, as medicinas tradicionais provindas do Oriente e a reabilitação das medicinas populares ou regionais, como as xamânicas ou as ligadas às religiões afro-indígenas. Sendo necessário destacar que tais práticas apresentam uma diversidade interna e formas diferenciadas de inserção e enraizamento na cultura dos países latino-americanos. Para a autora:

“Podemos distinguir três grupos de medicinas alternativas na América Latina, todos com demanda atual significativa por parte da população, de acordo com os diferentes países, em função de seu estágio de maior ou menor desenvolvimento urbano-industrial, e de sua história cultural: a medicina tradicional indígena (...), a medicina de origem afro-americana (...) e as medicinas alternativas derivadas de sistemas médicos altamente complexos, recentemente introduzidas na cultura urbana dos países ocidentais”.

A medicina de origem indígena, xamânica ou não, também identificada como aborígene, primitiva, natural ou não formal, nativa dos países que sofreram a colonização luso-espanhola, *“é realmente a expressão viva das culturas locais em muitos rincões do continente americano”*. As medicinas tradicionais indígenas

“caracterizam-se como sistemas de cura nos quais a integração ou harmonia homem/natureza e natureza/cultura é um sinônimo do que designaríamos, em nossa cultura, de equilíbrio para os indivíduos, e uma garantia de saúde para a comunidade”.

As ervas, os minerais e não raramente os animais de cada região fornecem as bases terapêuticas desse sistema de cura, operados por xamãs, *“erveiros”*, farmacêuticos populares, *“benzedeiras”* e parteiras, sobretudo no território compreendido pela floresta e pelos rios ligados ao Amazonas (Luz 1997).

Para Luz (1997), a medicina relacionada com a população de origem africana, marcadamente mais religiosa que a indígena, apresenta um

“sistema de cura complexo, que se enraizou fortemente na cultura das grandes fazendas e na dos centros urbanos por influência da força de trabalho escrava” e tem sua *“base terapêutica fortemente ancorada na fitoterapia”*.

Embora *“empregue a natureza como recurso básico de intervenção de cura, é inegavelmente mais espiritualista em sua abordagem dos fenômenos de adoecimento individual e grupal”*, e seu agente de cura mais importante é normalmente a figura do pai ou mãe de santo, *“que opera terapeuticamente intermediando entidades espirituais, divindades de diversas hierarquias”*, geralmente em rituais de possessão e exorcismo. Esse sistema tem enorme adesão nos centros urbanos brasileiros, nas camadas médias e baixas da população. Mesmo os pacientes que utilizam a *“medicina convencional freqüentemente buscam as medicinas espiritualistas da umbanda, do candomblé e dos centros kardecistas, utilizando-as*

sincreticamente como forma terapêutica popular”. As medicinas populares no Brasil “*são grandemente impregnadas por esse sistema tradicional*” e, para a autora, em geral, o sistema afro-americano

“se encarrega do tratamento de ‘doenças espirituais’ ou de origem espiritual (mau-olhado, feitiço, etc.), ou então daquelas doenças para as quais a medicina ocidental não oferece ainda perspectivas de cura, ou cujo tratamento é considerado como excessivamente invasivo, como o câncer, a AIDS, e várias doenças crônicas”.

Emprega como meios terapêuticos, tanto nas doenças orgânicas quanto nas não orgânicas, além dos “passes” espirituais, a fitoterapia e a prática de uma homeopatia popular de tradição secular na sociedade brasileira. Exige certas disposições, comportamentos e atitudes dos pacientes ‘*em tratamento*’”, como dietas especiais, formas de sentir e de pensar que facilitem a cura, oferendas de preces e alimentos, ou doações materiais às divindades (os “*orixás*”, no caso do Brasil), no sentido de propiciar o restabelecimento do paciente (Luz 1997).

Existe um grupo de terapias designadas como “*alternativas*”, “*paralelas*” ou “*complementares*” à biomedicina, introduzida desde início dos anos 80, na cultura urbana dos países latino-americanos. Estas terapias, inicialmente demandadas por faixas populacionais jovens da classe média das grandes cidades, em sua maioria com cultura universitária, relacionaram-se com os hábitos naturistas que ganharam notoriedade nos anos 70. E, além das medicinas tradicionais orientais, incluem também reinterpretações da homeopatia e da fitoterapia populares, “*vistas como formas mais ‘naturais’ de tratar as doenças, sem o ‘perigo’ da iatrogenia da medicina convencional para a saúde*”. Este grupo de terapias é crescentemente buscado por todas as camadas da população, tendo-se difundido independente do nível de educação formal. Os sistemas médicos como a homeopatia e a medicina tradicional chinesa tenderam a ser institucionalizados e inseridos nos serviços públicos de saúde no Brasil, apesar das resistências da corporação médica (Luz 1997).

Segundo Luz (1997) estes três grupos de “*medicinas alternativas*” têm atuado em interação, competição ou complementação no meio cultural atual, apresentando fortes tendências ao sincretismo terapêutico, tanto por parte dos pacientes quanto dos terapeutas. Tendem também, ao menos no Brasil, “*a um certo sincretismo institucional nos serviços de saúde, ditando a medicina ocidental científica a ‘função terapêutica’ das medicinas ditas alternativas*”. Os sistemas médicos tradicionais, com suas racionalidades específicas, tendem a ser decompostos em alguns de seus elementos diagnósticos ou terapêuticos e são utilizados

pela população “*de acordo com um certo ‘bom senso’ classificatório de suas demandas de cuidados e de tratamento de doenças*” (Luz 1997).

4.3 Breve Revisão de Estudos sobre as Práticas Complementares

São diversos os estudos e pesquisas sobre o uso e avaliação de práticas complementares de saúde. Dentre estes estudos, vários aspectos são abordados: eficácia, segurança de uso, influência religiosa, cultural e social, entre outras. Abaixo estão relatados alguns exemplos de estudos deste tipo.

Green et al. (1995) apresentam uma avaliação de um programa sul africano de prevenção de HIV/AIDS para curandeiros tradicionais, seguindo uma indicação da OMS e UNICEF de desenvolver programas de saúde envolvendo praticantes e práticas da medicina tradicional. Mostram que, como estes curandeiros são extremamente comuns e procurados, há um forte interesse e uma necessidade de incluí-los nos programas e serviços oficiais de saúde.

Entre as opções terapêuticas para busca ou manutenção da saúde, diversas estratégias estão relacionadas ao campo espiritual. Almeida et al. (2000), apresentam uma investigação sobre “*cirurgias espirituais*”. Destacam que esta é uma modalidade de tratamento que capta grande atenção da mídia, mas que, ainda se impõe uma questão sobre sua veracidade ou não, devido aos escassos estudos. Os autores concluem que as “*cirurgias*” são reais, e que, apesar de não ter sido possível avaliar a eficácia do procedimento, aparentemente, estas não teriam efeito específico na cura dos pacientes. Apontam que tais achados são mais exploratórios que conclusivos, sendo necessário estudos posteriores sobre esse heterodoxo método de tratamento.

Rabelo (1993), Minayo (1994) e Maués (1994) discutem a importância dos cultos religiosos e/ou mediúnicos na interpretação e tratamento das doenças e afirmam que no Brasil há uma pluralidade de cultos religiosos/mediúnicos que oferecem serviços de cura, tais como o candomblé e suas variações, a “*pajelança cabocla*”, as igrejas pentecostais, os centros espíritas e o catolicismo popular. Tais projetos de cura possibilitam muitas vezes uma ressignificação da experiência do doente, mas seu sucesso depende em larga medida da existência de redes de relações sociais que o sustentem. Neste caso, a cura aparece como uma realidade, por vezes bastante frágil, que precisa ser continuamente confirmada no cotidiano do doente e membros do seu círculo de apoio.

Os projetos de cura, intimamente ligados às questões de fé, não se tratam de fenômenos exclusivos das classes populares, como afirma Minayo (1994) que em “*situações*

limite de desespero frente ao sofrimento, à dor, à morte, em nossa sociedade se recorre a poderes sobrenaturais, em vista da precariedade dos elementos naturais disponíveis.” (p.61).

A “*pajelança cabocla*”, muito associada à região amazônica, surge como uma das várias medicinas populares, contando com diversos “*especialistas*” no tratamento de doenças: o pajé, o “*experiente*” (termo empregado para designar a função correlata com o curandeiro ou pajé), a parteira, o benzedor ou a benzedeira, o “*espírita*” (alguém que, seguindo o kardecismo, também atende os doentes), o “*farmacêutico*” (dono de farmácia que também receita remédios) e pessoas que curam através do exorcismo e do poder do Espírito Santo (Maués 1994; Pinto 2002).

Pinto (2002) relata em seu estudo algumas vivências cotidianas de parteiras e “*experientes*” do Tocantins, mostrando que a presença dessas mulheres nos povoados rurais é indispensável, pois, entre os seus, são vistas como médicas, enfermeiras e farmacêuticas, capazes de fazer aliviar, com unguentos, banhos, chás de ervas e rezas, as dores e os males da população que não conta com outro tipo de recurso. Estas mulheres são, na maioria das vezes, as únicas pessoas responsáveis pela saúde dos habitantes da redondeza em que vivem, pois, “*para essa população, a saúde, um direito universal, assegurado na Constituição Federal de 1988, ainda está muito longe da realidade*”. As parteiras e “*experientes*” não têm a sua prática reconhecida no Brasil e são, muitas vezes, ao final da vida, aposentadas como trabalhadoras rurais. A autora afirma a necessidade de repensar o papel destas mulheres, sobretudo dentro da Academia, devido à necessidade de estabelecer parcerias capazes de promover um atendimento justo para as parturientes e seus filhos e filhas, bem como reconhecimento e remuneração aos trabalhos das parteiras tradicionais.

Nascimento (1997), ao estudar as práticas populares de cura em um povoado rural na Bahia, predominantemente formado por descendentes de escravos, observou que existiam três grupos de práticas utilizadas pela população, sendo elas: i) práticas de *cura familiar*, onde eram usados chás, banhos, infusões e unguentos de plantas, rezas e simpatias, por conta própria; ii) práticas de *cura religiosa*, caracterizadas pela ação de rezadeiras/benedores, curandeiros, pais/mães-de-santo da umbanda ou do candomblé e iii) práticas de *cura intermediária*, sendo uma mistura dos saberes populares e dos saberes da medicina e enfermagem acadêmica nos trabalhos de parteiras, agentes comunitárias de saúde e atendentes de enfermagem.

Moreira et al. (2002) ao estudar o nível de conhecimentos sobre Leishmaniose Tegumentar Americana e o uso de “*terapias alternativas*” por populações da Amazônia do Maranhão, destaca que quase 37% dos entrevistados referiram conhecer o medicamento oficial utilizado no tratamento, mas citaram também a utilização de remédios caseiros, outros

medicamentos alopáticos, pingo de vela, produtos químicos, instrumentos quentes, pólvora e sapo torrado como opção terapêutica tópica nas lesões.

A utilização de plantas medicinais tem sido crescentemente abordada no meio científico, desde o início dos anos de 1980, tanto para correta seleção, caracterização e aplicação (Penso 1980; Bonati 1980; Farnsworth 1980 e Bannerman 1980), quanto como uma prática usual para a manutenção ou busca da saúde (Noumi & Tchakonang (2001) em Camarões; Bourdy et al. (2000) e Fernandez et al. (2003) na Bolívia; El-Kamali (2000) no Sudão; Srinivasan et al. (2001) e Scartezzini & Speroni (2000) na Índia; Lopez et al. (2001), na Colômbia; Leporatti & Ivancheva (2003) na Itália e na Bulgária; Gomes et al. (1985), Hirschmann & Arias (1990), Di Stasi et al. (2002) e Rezende & Cocco (2002) no Brasil; entre outros), particularmente nos países onde o acesso ao sistema de assistência médica público torna-se cada vez mais complicado.

Sousa et al. (1998) em um estudo sobre o conhecimento de práticas populares de cura entre escolares e professores no Rio de Janeiro identificaram diversos remédios caseiros utilizados pela população amostrada, entre estes, diversas plantas medicinais e outros produtos naturais (mel, leite, etc.).

As plantas medicinais, com ou sem a aprovação dos médicos, fazem parte das práticas populares de cura e, muitas vezes, os pacientes não costumam declarar aos médicos que fazem uso das ervas em seus processos de cura, a menos que haja alguma sinalização positiva por parte do profissional (Araújo 1998).

Rodrigues (2002) ao realizar um levantamento etnobotânico numa comunidade que seria alvo da construção de uma usina hidrelétrica em Minas Gerais, identificou 304 espécies de plantas (94 famílias e 238 gêneros) de uso terapêutico, sendo o chá (29%) e a folha (34,1%) a forma de preparo e o órgão vegetal mais utilizados. Ainda observou que a medicina convencional e a fitoterapia coexistiam sem conflito na comunidade, de forma sincrética.

Já Medeiros et al. (2004), em um estudo sobre o uso de plantas medicinais pelos sítiantes da Reserva Rio das Pedras (Mangaratiba, RJ), verificaram 36 espécies medicinais (34 gêneros e 25 famílias) ao redor das casas (quintais) e constataram que a folha foi a parte mais utilizada (83%) e o modo mais freqüente de preparo do remédio foi o decocto (55,5%).

Di Stasi et al. (2002) em um levantamento das plantas medicinais popularmente utilizadas por comunidades rurais e urbanas em um domínio da Mata Atlântica brasileira (interior do estado de São Paulo) identificou 114 espécies de plantas (50 famílias e 99 gêneros) indicadas para 628 usos medicinais diferentes. A folha foi a mais citada como a parte mais utilizada (58,3%) e a infusão como a forma de preparo (40%).

Amorozo e Gély (1988) em um levantamento do uso de plantas medicinais por caboclos do Baixo Amazonas do Pará encontraram 242 plantas medicinais, destas, 220 foram identificadas, sendo as folhas as mais utilizadas (49%) nas prescrições medicamentosas. Relatam também que é comum o uso combinado de plantas e remédios comprados em farmácias.

Em um levantamento de plantas medicinais em uma área de cerrado em Minas Gerais (próxima a capital Belo Horizonte), Hirschmann & Arias (1990) catalogaram 52 espécies de plantas usadas com propósitos medicinais por trabalhadores rurais.

Por sua vez, Rezende & Cocco (2002) em um levantamento em uma população da zona rural no interior de Minas Gerais, relatam a citação de 106 plantas conhecidas como medicinais, sendo 60 efetivamente utilizadas pela amostra entrevistada. Entre os entrevistados, 66,7% referiram usar plantas medicinais (chás e outros preparados) para problemas de saúde em casos de pouca urgência e de fácil controle (gripe, dor de cabeça, etc.) e, em casos mais graves, afirmaram procurar a farmácia e/ou Centro de Saúde. E 15,1% da amostra utilizam exclusivamente os remédios caseiros e 18,1% citou procurar a benzedeira como recurso complementar, aliado à utilização de medicamentos alopáticos e de plantas. As plantas são utilizadas com fins semelhantes aos descritos na literatura.

Em estudo sobre o uso de plantas pela população do município de Campina Grande (Paraíba), Amorim (1999) observou que o modo mais freqüente de preparo dos remédios foi o chá (infuso ou decocto) (63,4%) e a parte da planta mais utilizada foi a folha (60,1%), usada com mais freqüência fresca (55%). Quanto às indicações de uso, constatou que a maioria coincidiu com as da literatura científica. A autora ressalta a importância da implantação da fitoterapia na rede de serviços públicos de saúde, bem como, a necessidade das universidades integrarem-se neste processo através das atividades de ensino, pesquisa e extensão de serviços à comunidade.

Algumas Prefeituras brasileiras já associaram em seus serviços de atenção à saúde a opção terapêutica da fitoterapia, como são os casos de Campinas (São Paulo) e João Monlevade (Minas Gerais). Segundo Barbosa et al. (2003), o Programa FITOVERDE (A Fitoterapia no Serviço de Saúde de João Monlevade), inaugurado em 1998, atende gratuitamente à população, numa aliança entre o saber popular e o respaldo científico. Neste programa são dispensadas doses individuais de espinheira-santa (*Maytenus ilicifloia*), boldo-do-Chile (*Peumus boldus*), funcho (*Foeniculum vulgare*), melissa (*Melissa officinalis*), valeriana (*Valeriana officinalis*), guaco (*Mikania glomerata*) e transagem (*Plantago major*), sendo que os medicamentos são distribuídos somente a partir de prescrição médica. Para as

autoras, um serviço de fitoterapia municipal, executado com critérios de qualidade, pode ser eficiente e econômico.

Saúde e Reforma Agrária



Bandeira do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra
(Acampamento Esperança do Vale, São José do Safira – MG)
(em 28/03/2004, por M. Gaia)

“Povoando dramaticamente esta paisagem e esta realidade social e econômica, vagando entre o sonho e o desespero, existem 4.800.000 famílias de rurais sem terras. A terra está ali, diante dos olhos e dos braços, uma imensa metade de um país imenso, mas aquela gente (quantas pessoas ao todo? 15 milhões? mais ainda?) não pode lá entrar para trabalhar, para viver com a dignidade simples que só o trabalho pode conferir, porque os voracíssimos descendentes daqueles homens que haviam dito: ‘Esta terra é minha’, e encontraram semelhantes seus bastante ingênuos para acreditar que era suficiente tê-lo dito, esses rodearam a terra de leis que os protegem, de polícias que os guardam, de governos que os representam e defendem, de pistoleiros pagos para matar.”

José Saramago

Para contextualizar o objeto deste estudo faz-se necessário um apanhado teórico sobre a saúde no contexto das áreas de Reforma Agrária¹¹, inclusive aquelas do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). Para tanto, antes disso, é oportuno um breve resgate sobre a luta pela terra e o MST.

5.1 A Luta pela Terra no Brasil e o MST

Entre tantos problemas políticos-sociais-econômicos, a questão agrária brasileira merece (e sempre mereceu) um considerável destaque. Nestes 500 e poucos anos de Brasil “descoberto”, a luta pela terra sempre esteve presente no quadro histórico. Segundo Russo (2000), o Brasil foi dividido em capitânicas hereditárias e depois de 500 anos ainda não se libertou de sua herança colonial e escravista. Para o autor, esse modelo conservador e autoritário - concentrador de riqueza, renda e poder – é o grande responsável pela pobreza e pela injustiça social.

A história das lutas dos trabalhadores rurais pela terra é muito antiga, permeando entre momentos de derramada de sangue, conquistas, fanatismo religioso, migração e peregrinação. Na luta contra o cerco da terra e da vida, surgiram várias formas de resistência: lutar contra as “*cercas*” era lutar contra o coronelismo, porque os latifundiários eram senhores absolutos e dominavam a terra e a vida dos camponeses. Entre tantas insurreições podemos citar a formação do Quilombo dos Palmares, o movimento de Padre Cícero em Juazeiro (Ceará), a criação de Canudos (Bahia), a guerra santa do Contestado (Paraná e Santa Catarina), o Cangaço (nordeste brasileiro) e o surgimento das Ligas Camponesas (em vários estados) (Bogo 2003, Cáceres 1993, Marins 1990 e Mançano 2000).

Segundo Mançano (2000), com o fim da escravidão, os escravos libertos que deixaram as fazendas migraram pelas estradas, encontrando terras cercadas, e, quando acampavam nas fazendas, os coronéis convocavam a polícia para expulsá-los. Escravos e camponeses

“migraram por e para diferentes regiões, lutando contra o latifúndio (...), muitos de seus filhos e netos ainda continuam migrando. (...) A maioria absoluta desses trabalhadores começou a formar uma categoria, que ficaria conhecida no final do século XX, como Sem Terra”.

Mançano (2000) relata que, entre 1940 e 1964, ocorreram diversas lutas de resistência pela conquista da terra em alguns estados brasileiros, tais como: Minas Gerais, Goiás, Paraná

¹¹ “*Considera-se Reforma Agrária o conjunto de medidas que visem promover melhor a distribuição da terra, mediante modificações no regime de sua posse e uso, a fim de atender aos princípios de justiça social e ao aumento da produtividade*” (Brasil 1964).

e Maranhão. Em Minas Gerais, nos vales dos rios Mucuri e Doce, os posseiros formaram vários movimentos camponeses e resistiram a expropriação das terras. Na região de Governador Valadares (MG) (local de estudo desta dissertação), desde o início da década de 1940, os posseiros enfrentaram fazendeiros interessados naquelas terras, por causa da construção da rodovia Rio-Bahia. Para formar fazendas, os fazendeiros impuseram aos posseiros a condição de derrubar a mata para a formação de pastos e só poderiam plantar para a subsistência.

Para Mançano (2000), o golpe de 1964 significou um retrocesso para o país, pois os projetos de desenvolvimento implantados pelos governos militares levaram ao aumento da desigualdade social. Suas políticas aumentaram a concentração de renda, conduzindo a imensa maioria da população à miséria, intensificando a concentração fundiária e promovendo o maior êxodo rural da história do Brasil. Sob a retórica da modernização, os militares aumentaram os problemas políticos e econômicos, e quando deixaram o poder, em 1985, a situação do país estava extremamente agravada pelo que fora chamado de “*milagre brasileiro*”. O Brasil se transformara no paraíso dos latifundiários e os camponeses foram forçados a migração pelo território brasileiro e para o Paraguai.

De meados da década de 1960 até o final da década de 1970, as lutas camponesas eclodiram por todo o território nacional; os conflitos fundiários triplicaram e o governo, ainda na perspectiva de controlar a questão agrária, determinou a militarização do problema da terra, proporcionando diferentes e combinadas formas de violência contra os trabalhadores (Mançano 2000).

Ao reprimir a luta pela terra e não realizar a Reforma Agrária, os governos militares tentaram restringir o avanço do movimento camponês. No entanto, por causa da repressão política e da expropriação resultantes do modelo econômico, nasceu o mais amplo movimento camponês da história do Brasil: o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra – MST. Foi assim que em 7 de setembro de 1979, 110 famílias ocuparam a gleba Macali, no município de Ronda Alta, no Rio Grande do Sul. Essa ocupação inaugurou o processo de formação do MST no Brasil (Mançano 2000).

No início da década de 1980, as experiências de ocupações de terra eram crescentes nos estados do sul do país, São Paulo e Mato Grosso do Sul, fazendo com que o MST surgisse também em outras partes do Brasil. A primeira ocupação de terra em Minas Gerais ocorreu em fevereiro de 1988 na Fazenda Aruega, no município de Novo Cruzeiro (Vale do Mucuri), com cerca de 400 famílias (Morissawa 2001). Desde então, o Movimento vem crescendo e se fortalecendo no Estado, sendo aproximadamente 3.100 famílias em acampamentos e

assentamentos nas regiões Norte, Sul, Triângulo, Vale do Rio Doce/Leste, Metropolitana e Jequitinhonha/Mucuri (dados de dezembro de 2004).

5.2 A Saúde para os Beneficiários da Reforma Agrária

Existem raríssimos dados, tanto da área de saúde quanto de demais áreas, sobre acampamentos rurais, particularmente porque os acampados e acampadas não são considerados ainda como beneficiários do Programa de Reforma Agrária do Governo Federal e são encarados nos municípios como população flutuante. Além do que, a questão agrária no nosso país ainda é extremamente conflituosa, demorada e tratada de forma velada. Os poucos levantamentos que existem se referem mais aos Assentamentos já consolidados.

Poucos estudos foram encontrados sobre a situação de saúde nas áreas de Reforma Agrária (acampamentos e assentamentos), em geral, os trabalhos remetem à situação nutricional ou índice de parasitoses intestinais das famílias (Esteves 2002, Veiga & Burlandy 2001 e Ferreira et al. 1997). Albuquerque et al. (2000) destaca que são poucos os estudos, projetos e programas nas áreas de assentamento e acampamento rurais devido à pequena importância dada à situação de saúde dentre as bandeiras políticas inseridas na Reforma Agrária.

Em uma análise sobre o impacto dos Assentamentos da Reforma Agrária (Leite et al. 2004), pesquisadores do Núcleo de Estudos Agrários e Desenvolvimento Rural do Ministério do Desenvolvimento Agrário (Nead-MDA) constataram a existência de postos de saúde em apenas 21% dos assentamentos estudados (num total de 92 assentamentos amostrados nas diversas regiões do país), sendo a maioria deles instalados por pressão das próprias famílias assentadas. Afirmam que a distância dos assentamentos em relação aos centros urbanos, bem como a dificuldade das estradas e/ou a carência de transporte coletivo, agravam a precariedade do atendimento à saúde para vida dos assentados e assentadas.

Segundo o estudo, nem sempre há presença regular de médicos nos postos de saúde existentes nos assentamentos; na maioria das áreas estudadas os médicos estão presentes nos postos algumas vezes na semana. Em 78% da amostra há a presença de agentes de saúde, sendo que a maior parte desses agentes é paga pelas prefeituras (Leite et al. 2004).

Para Albuquerque et al. (2000), é evidente a desvalorização da função saúde nas comunidades de assentamentos, pois se verificou grande deterioração do conhecimento popular sobre doenças existentes nas regiões, sobre práticas populares de assistência

(parteiras) ou de prevenção à saúde (manipulação de ervas medicinais disponíveis ou mesmo aquelas ervas/plantas agressoras ao indivíduo).

A criação de assentamentos, em especial quando envolve deslocamento de população de outros municípios, implica forte pressão sobre os serviços de saúde regionais, que muitas vezes já apresentam deficiências no que se refere ao atendimento. Essa pressão se dá porque os assentados procuram os serviços do sistema de saúde na sede do próprio município do assentamento (92% dos assentamentos), em municípios vizinhos (42%) ou nas cidades-pólo regionais (25%) (Leite et al. 2004).

Albuquerque et al. (2000) reconhecem que as Equipes de Saúde da Família Rural necessitam receber insumos específicos para utilização nas visitas domiciliares, tanto para o transporte quanto para promoção da saúde no ambiente familiar, e para cuidados básicos de saúde na coletividade, evitando o deslocamento das famílias às cidades.

Apesar de todas as deficiências, as famílias assentadas entrevistadas consideram que suas condições de saúde melhoraram com a criação do Assentamento (Leite 2004). Isso pode nos indicar que, além da realização pessoal de retorno ou início de trabalho na terra e dos benefícios sócio-econômicos, a Reforma Agrária se realizada de forma efetiva – sendo de fato uma reforma e não um reparo – pode contribuir para a melhora da qualidade de vida e atenção à saúde da população brasileira.

Segundo Albuquerque et al. (2000) o cenário nacional exige a criação de um novo modelo de promoção e assistência à saúde para as famílias assentadas pela Reforma Agrária. Sugerem que

“é preciso incluir no modelo atual, tipicamente urbano, uma política global de saúde dirigida à população rural”, reforçando que “não deve haver uma proposta de saúde exclusiva para assentados, mas sim, para o ambiente/área rural e para as famílias que lá vivem, estudam e trabalham” (grifo dos autores).

5.3 A saúde no MST

A luta para o MST não se encerra na conquista da terra. Além da organização da produção agropecuária, têm-se outras bandeiras de luta como educação, saúde, formação política, cultura, direitos humanos, entre outros.

No processo de luta pela terra, o MST busca construir junto às suas famílias uma nova concepção de saúde. Concepção esta que busca a criação de novos hábitos, costumes e valores no dia-a-dia voltados para a saúde, através da construção de uma nova sociedade (MST 2001):

“Uma sociedade com saúde é onde homens e mulheres vivem com liberdade para participar e ter seus direitos respeitados. Onde a renda e a riqueza sejam distribuídas com igualdade. Com Terra, Trabalho, Moradia, Alimentação, Educação, Lazer, Saneamento Básico, Transporte, Saúde Pública, Cultura, Meios de Comunicação, Energia Elétrica – onde haja Justiça, Igualdade, Participação e Organização. Mas para que isso se torne realidade, é necessário a organização de todos os trabalhadores e trabalhadoras para lutar” (p.155)

As discussões em torno do conceito de saúde para o MST e o reflexo disso para a Reforma Agrária começaram mais efetivamente entre 1999-2000. A concepção de saúde, além da manutenção da mesma, envolve também o cuidado com o meio ambiente, uma alimentação saudável, saneamento básico e o bem estar de todos (MST 2004).

Esta concepção pode ser mais bem apreendida através dos princípios de saúde postulados pelo Movimento em julho de 1998, na realização da primeira Oficina Nacional de Saúde do MST (MST 2004):

1) Lutar pela valorização da vida

“Lutar pela valorização da vida de todo ser humano, buscando a solidariedade e a justiça como instrumentos fundamentais para o seu alcance.”

2) Acesso ao conhecimento e à informação

“Lutar para que homens e mulheres, em todas as fases de suas vidas, tenham acesso a conhecimentos e informações que contribuam para uma vida com saúde.”

3) Saúde como dever do Estado

“Lutar para que o estado assuma a responsabilidade que lhe cabe no cumprimento do artigo 196 da Constituição, garantindo o acesso à saúde para todo cidadão brasileiro.”

4) Atenção integral à saúde

“Defender o princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde, o SUS, no atendimento das necessidades de homens e mulheres em todas as fases da vida.”

5) Prioridade à promoção e à prevenção

“Priorizar a promoção e a prevenção para a saúde, como estratégias fundamentais, na busca de melhores condições de saúde.”

6) Respeito às diferenças culturais

“Respeitar as diferenças culturais que homens e mulheres, em todas as fases da vida, trazem consigo, as quais são importantes para promover a saúde.”

7) Fortalecimento das práticas não convencionais em saúde

“Fortalecer práticas alternativas de fácil utilização para a promoção da saúde, não ignorando, quando for necessária, a medicina convencional.”

8) Saúde como uma conquista de luta popular

“Promover a organização social de homens e mulheres, desencadeando processos de luta popular, tem por objetivo a conquista da saúde como direito de fato, e não apenas um benefício do Estado.”

Vale ressaltar que os princípios e diretrizes do MST estão em constante construção e são compatíveis com os princípios e indicações da OMS e do SUS.

No ano de 2000, o MST criou o curso Técnico de Saúde Comunitária (TSC) com o apoio de profissionais da Universidade Federal de Santa Catarina e da Secretaria Estadual de Educação do Rio Grande do Sul, sendo este legalizado e reconhecido pelo Conselho Estadual de Educação do Rio Grande do Sul no ano seguinte. O curso ocorre na Escola Técnica Josué de Castro, em Veranópolis (RS), e é mantido pelo Instituto Técnico de Capacitação e Pesquisa da Reforma Agrária – Iterra. Existem propostas para ampliação do TSC em outros estados como no Paraná, Maranhão e Sergipe (MST 2004).

O TSC, assim como os demais cursos do Movimento, funcionam na Pedagogia da Alternância: educandos e educandas permanecem um período na escola, em regime integral, e outro período na comunidade (tempo-comunidade), onde colocam em prática o que aprenderam e desenvolvem seus trabalhos acadêmicos.

Existe uma parceria do MST com a Escuela Latinoamericana de Ciências Médicas, em Cuba, onde alguns agricultores e agricultoras Sem Terra têm a oportunidade de cursar Medicina. O governo cubano oferece bolsa de estudos integrais e a proposta é que os futuros médicos e médicas, depois de formados, coloquem seu conhecimento em prol do Movimento e de suas causas (MST 2004).

Está sendo implementado também o Programa Terra e Saúde, uma parceria entre MST, Fundação Oswaldo Cruz (Farmanguinhos - Fiocruz), Ministério da Saúde, Petrobrás, Programa Comunidade Solidária e Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA). Conta basicamente com um complexo agrofarmacêutico, formado por horta e laboratório para produção de medicamentos que possam solucionar os problemas básicos da saúde da população, dentro e fora dos assentamentos e acampamentos. O Terra e Saúde pretende ser um espaço de organização, luta social e resistência ao atual sistema de saúde que peca pela qualidade (MST 2004).

Esteves (2002) relata que a necessidade de assegurar boa saúde faz com que os Sem Terra busquem formas diversas para atingir este objetivo e uma das principais é a utilização de plantas medicinais cultivadas por eles mesmos no acampamento. Afirma que este tipo de cultivo não é suficiente para atender a todas às necessidades dos acampados e acampadas, pois se constatou que é real a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a falta de qualidade do atendimento e a baixa resolutividade. Neste estudo, quando questionados sobre o que ainda poderia ser feito para se ter boa saúde no acampamento, os entrevistados se referiram, em ordem de prioridade, à posto de saúde, horta medicinal, conquista da terra, saneamento, ambulância e farmácia.

Itinerário Metodológico: Caminhos Percorridos



Experimentando o xarope de angico (muito amargo!)
(Acampamento Padre Gino, Frei Inocêncio – MG)
(em 12/09/2004, por D. Pereira)

“... se se deseja adquirir conhecimentos é preciso tomar parte na prática que transforma a realidade. Se se quer conhecer o gosto de uma pêra é preciso transformá-la. (...) Se se quer conhecer a teoria e os métodos da revolução, é preciso participar na revolução. Todos os conhecimentos autênticos resultam da experiência direta.”

Mao Tsé-Tung

6.1 Estratégias da Investigação

Este trabalho se caracterizou como uma Pesquisa Participante, baseada nas premissas da Educação Popular preconizadas por Paulo Freire e outros educadores e educadoras, ou seja, problematização, diálogo e ação coletiva (que, nesta dissertação ainda é apenas uma proposta de ação). Para que se possa entender todos os caminhos metodológicos percorridos, faz-se necessário apresentar um pouco sobre Educação Popular e suas nuances e sobre a Pesquisa Participante.

As premissas da Educação Popular e da Pesquisa Participante foram fundamentais para a minha postura no Acampamento, norteando a minha vivência prática, meus olhares e minha aprendizagem. E foram também a base para a elaboração do material educativo.

6.1.1 As Idéias de Paulo Freire¹²

“Educadores e educandos, lideranças e massas, co-intencionados fazem a realidade, se encontram em uma tarefa em que ambos são sujeitos do ato, não apenas revelando-a e conhecendo-a criticamente, mas também no ato de recrear este conhecimento” (Paulo Freire, *Pedagogia del Oprimido*, 1973:72)

Estamos muito acostumados com uma educação formal, aquela que ocorre dentro da sala de aula, entre quatro paredes, com posições definidas de ‘professor’ e ‘alunos’, livros que ditam uma seqüência do que se deve aprender primeiro (ou por último), cronogramas e datas a serem cumpridos. Neste contexto, o professor é representado por aquela figura de óculos, roupa alinhada, diploma na parede, detentor maior do saber; o aluno, um inocente despreparado, a fim de conhecer as maravilhas do mundo dos livros e sugar a sabedoria do mestre.

A isso, Paulo Freire (1973) chamou de “*concepção bancária da educação*”, ou seja, a educação como um ato de depositar e arquivar informações, no qual os educandos são os depositários e o professor quem deposita. “*Em vez de comunicar-se, o educador faz comunicados e depósitos que os educandos [...] recebem pacientemente, memorizam e repetem*” (p.76).

¹² Paulo Freire foi um dos maiores educadores do século XX. A metodologia desenvolvida por ele foi muito utilizada no Brasil em campanhas de alfabetização, baseada no diálogo e na ação coletiva, sempre ressaltando a inserção das pessoas de forma crítica e problematizadora na sociedade. Paulo Freire foi exilado por ocasião do regime militar e acabou fazendo no Chile e nas ex-colônias portuguesas da África o que não pôde fazer no Brasil.

Nessa visão distorcida da educação não existe criatividade alguma, não existe transformação, envolvimento, nem saber. Na visão “*bancária*”, o conhecimento é visto como uma “*doação*” daqueles que se julgam sábios aos que são julgados (e que também se julgam) como ignorantes; fazendo prevalecer a “*cultura do silêncio*”¹³.

Para Freire (1973), a educação bancária teria as seguintes características:

- O educador é quem sempre educa; o educando, é que é educado.
- O educador é quem sabe; os educandos os que não sabem.
- O educador é quem pensa, o sujeito do projeto; os educandos são os objetos pensados.
- O educador é quem fala; os educandos os que escutam docilmente.
- O educador é quem disciplina; os educandos são os disciplinados.
- O educador é quem opta e descreve sua opção; os educandos os que seguem a prescrição.
- O educador é quem atua; os educandos são aqueles que têm a ilusão de que atuam na atuação do educador.
- O educador é quem escolhe o conteúdo programático; os educandos, que jamais são escutados, se acomodam a ele.
- O educador identifica a autoridade do saber com sua autoridade funcional, a qual se opõe antagonicamente a liberdade dos educandos. São estes que devem adaptar-se às determinações do educador.
- Finalmente, o educador é o sujeito do processo; os educandos, meros objetos.

Não há dúvida, então, que quanto mais os educandos são “*arquivos de depósitos*”, tanto menos desenvolvem em si a consciência crítica da qual resultaria sua inserção no mundo, como transformadores deste. “*Quanto mais lhes é imposta a passividade, tanto mais ingenuamente tenderão a adaptar-se ao mundo em lugar de transformá-lo*” (Freire 1973:79). Os homens e mulheres devem ser criadores, protagonistas do mundo e não apenas espectadores.

¹³ Para Paulo Freire, os “*oprimidos*” dificilmente lutam ou sequer confiam em si mesmos, teriam uma crença difusa, mágica, na invulnerabilidade do “*opressor*”. O “*medo*” do que está por vir após uma manifestação de reação contra uma determinada situação e o próprio comodismo histórico fazem que as pessoas se calem frente aos problemas e às suas causas.

Para Bezerra (1984), os indivíduos teriam, no seu ponto de partida, uma postura de seres submissos, indefesos e ingênuos e, durante o processo educativo iram se tornar possuidores de uma “*consciência histórica*”, seriam criadores da sua cultura, sendo responsáveis pela escolha e construção de seus próprios saberes.

Paulo Freire desenvolveu um método de alfabetização, com grande cunho político, cujo cerne era “*educação como prática da liberdade*”. Na verdade, Freire sistematizou algo que, na prática, já estava ocorrendo, a “*Educação Popular*”. Assim, a educação já não mais poderia ser um ato de depositar, de narrar, de transferir ou de transmitir “*conhecimento*” e valores aos educandos; a educação deveria ser “*libertadora*”, problematizadora, onde educador e educandos se transformam em “*sujeitos*” do processo e crescem juntos.

Segundo Freire (1973:92), “*a prática bancária pretende manter a imersão; a educação problematizadora, pelo contrário, busca a emersão das consciências, de que resulta na inserção crítica da realidade*”.

Não podemos mais concordar que a educação seja só informativa, ela deve ser, acima de tudo, formativa; independente se o trabalho é com crianças ou adultos, na educação formal ou informal. Cada indivíduo possui a sua própria sabedoria, suas crenças, suas experiências. Valorizar este saber, destacando o compartilhamento entre as pessoas, seria uma forma mais adequada de aprender e apreender as coisas do mundo. Segundo Manfredi (1984), seria inadmissível preocupar apenas com a pura transmissão de conhecimentos acabados e prontos, sem que os próprios agentes populares participem da sua construção.

Não defendo aqui, ao adotar essa posição, apagar do nosso aprendizado as “*informações*”, o “*conteúdo*”. O que se deve é dar um formato mais ideal na maneira desta transmissão de “*saber*”. O próprio Paulo Freire (1992:110) afirmou que:

“Não há, nunca houve nem pode haver educação sem conteúdo [...]. O ato de ensinar e de aprender, dimensões do processo maior – o de conhecer – fazem parte da natureza da prática educativa. Não há educação sem ensino, sistemático ou não, de certo conteúdo. E ensinar é um verbo transitivo-relativo. Quem ensina, ensina alguma coisa – conteúdo – a alguém – aluno.”

E acrescentou que, para que “*quem sabe possa ensinar a quem não sabe é preciso que, primeiro, quem sabe saiba que não sabe tudo; segundo, que, quem não sabe, saiba que não ignora tudo*” (Freire 1992:188).

Numa sociedade com tantos problemas sociais, políticos e econômicos, faz-se necessário valorizar o envolvimento, a troca de experiências, a formação de uma consciência

crítica, formar cidadãos capazes de opinar e transformar a realidade. Não devemos aceitar mais ações sociais de caráter paternalista, onde há a vinculação de uma “*educação bancária*”. As pessoas não deveriam almejar apenas ‘*pão e circo*’; as pessoas precisam (re)conhecer seus problemas, discuti-los, entendê-los, para efetivamente irem em busca do “algo mais” e de uma aprendizagem real, fugindo da manutenção do “*statu quo*”¹⁴.

É essencial que o envolvimento se torne uma prática onde os próprios agentes populares possam se perceber com produtores de conhecimento, à medida que iniciam o processo de ‘*depuração*’ e rearticulação do seu modo de pensar e agir (Manfredi 1984).

6.1.2 O Trabalho com o Povo¹⁵

“... o trabalho popular é uma arte e não uma ciência. E uma arte vai se aprendendo na prática.” (Clodovis Boff, Como Trabalhar com o Povo, 1986:9)

O processo educativo tem como objetivo essencial a autonomia do educando, considerando autonomia como autodeterminação ou autodireção, e não, propriamente como independência absoluta - pois os homens vivem, necessariamente, em situação de dependência mútua devido ao seu caráter social. A linha de base do trabalho popular seria, então, reforçar a posição, o saber e o poder do povo (Boff 1986).

¹⁴ *Statu quo* é uma redução da expressão latina “*in statu quo ante*”, que significa, literalmente, no mesmo estado em que se encontrava antes.

¹⁵ Boff (1986) usa o termo povo como sinonímia de classe popular. Para Wanderley (1984), pode-se definir classes populares ou classes subalternas como “... *aquelas que vivem uma condição de exploração e de dominação no capitalismo, sob suas múltiplas formas. Exploração que se liga tipicamente à atividade produtiva, mas se produz e se reproduz também em outras dimensões do processo econômico como um todo. E dominação nos planos social e político, vinculada à exploração econômica, que por seus efeitos acaba identificando as distintas categorias sociais existentes na vida social concreta, nos bairros, homogeneizando-as em atitudes e comportamentos comuns, ainda que analiticamente devam ser distinguidas. Classes populares, pois, serão entendidas no plural, compreendendo o operariado industrial, a classe trabalhadora em geral, os desempregados e subempregados, o campesinato, os indígenas, os funcionários, os profissionais e alguns setores da pequena burguesia.*” (p. 63 e 64).

Para iniciar um trabalho com o povo deve-se: i) participar da caminhada do mesmo, ficar a par da realidade, conhecer bem o ambiente que o trabalho será desenvolvido; ii) partir de problemas reais, descobrir a demanda e os anseios, os interesses concretos; iii) encaixar-se o máximo possível dentro da caminhada do povo, descobrir o modo como estão reagindo aos problemas existentes e iv) convocar a comunidade, chamar o povo para participar dos encontros e discussões (Boff 1986).

Valla (2000) destaca duas questões pertinentes no trabalho com as classes populares: a dificuldade de compreensão do que o povo está falando - mais relacionado com a postura do agente externo do que com questões técnicas, como, por exemplo, lingüísticas - e a dificuldade do profissional em “*interpretar as classes subalternas*”, ou seja, há uma interpretação a partir do referencial (cultural, político, social, econômico, etc.) do profissional e não da diversidade e da realidade dos diferentes grupos populares.

Para Boff (1986), o crescimento de uma comunidade estaria caracterizado em etapas e, passar por estas etapas significaria que o agente, enquanto figura educativa, estaria fadado a ir desaparecendo, até se tornar dispensável:

- 1ª etapa: o agente trabalha para o povo: é como se o carregasse.
- 2ª etapa: o agente trabalha com o povo: é como se o amparasse para que este tente caminhar com as próprias pernas.
- 3ª etapa: o agente trabalha como o povo: é como se o povo já pudesse caminhar por conta própria.

O agente ou educador de caráter paternalista tem a tendência de conduzir a situação, criar, presidir, ordenar, fazer, tomar a iniciativa das intervenções e realizar um “*trabalho a partir de dentro*”. Já o agente ou educador de caráter animador, ao invés de conduzir deve induzir a situação, assessorar, ajudar, reforçar, coordenar, dando abertura e escutando todos nas intervenções (Boff 1986). O ideal seria um educador-animador, capaz de propiciar um intercâmbio de saberes para que o processo educativo possa se desenvolver.

Para Boff (1986), num trabalho popular, assim como nas mais diversas atividades, a ação deve estar sempre orientada pela reflexão, e esta sempre vinculada e referida à ação. Ou seja, o trabalho popular se processa em dois momentos: reflexão e ação. Reflexão visando o entendimento da realidade, a conscientização, dentro de uma dinâmica de diálogo e não de convencimento - a ação para ser educativa precisa ser assimilada, dialogada, julgada, continuamente discutida. Ação para se poder agir conjuntamente, valorizando cada passo

dado, articulando as pessoas a fim de atingir o objetivo final, somar forças e formar animadores. Levando em conta as estratégias (linhas de ação) e as táticas (passos concretos dados dentro das estratégias) até chegar ao objetivo final.

O trabalho com o povo não passa, algumas vezes, de um título adequado. Em diversas atividades ou intervenções, como destaca Valla (2000), concede-se a palavra à comunidade, como prova do compromisso com uma educação democrática, mas “*uma vez passada a fala popular, procuramos voltar ao assunto em pauta, entendendo que a fala popular foi uma interrupção necessária, mas com certeza, sem conteúdo e valor*” (p. 22).

6.1.3 A Educação Popular

6.1.3.1 As Primeiras Manifestações da Educação Popular

O período de 1959 a 1964 foi a época histórica mais densa da Educação Popular no país. No início dos anos 60 houve a ascensão de diversos movimentos de Educação Popular: Movimento de Educação de Base, Campanha de Alfabetização, Campanha de Educação Popular e Movimento de Cultura Popular. Formava-se então uma nova ‘*utopia pedagógica*’, tentando não cair no diretismo e no idealismo militante e valorizando a conscientização. Em setembro de 1963 ocorreu o I Encontro Nacional de Alfabetização e Cultura Popular, no Recife. Segundo Bezerra (1984:26), estas “*novas práticas se propunham a despertar as energias populares pelo desvendamento dos conflitos sociais e pelo reconhecimento das tensões existentes em nome da construção de uma força de pressão suficiente para mudar as condições sociais postas*”.

E acrescentou que:

“Para muitos, e em diferentes épocas, a educação seria uma espécie de alavanca social com capacidade de tirar populações inteiras do estado de pobreza e atraso cultural. Ou por outra, consideradas como características do subdesenvolvimento a fome, a doença e a ignorância, seria através da superação da ignorância que os outros dois males seriam sanados. Em resumo, o atraso social era uma questão educativa.” (p.28)¹⁶

¹⁶ Dentro desta perspectiva de atuação educativa para minimizar problemas sociais podemos destacar a ascensão de diversas iniciativas de Educação Popular em Saúde, como a criação da Rede de Educação Popular em Saúde, em 1998 (Redepopsaude). Para conhecer a Redpopsaude, basta acessar o site <http://www.redepopsaude.com.br>

Com o golpe de 1964 e a instauração do regime militar no Brasil, muitas das pessoas envolvidas com a Educação Popular foram exiladas por serem consideradas subversivas e prejudiciais à ‘*ordem*’. Mesmo assim, muitos governantes aproveitaram este gancho para canalizar o rendimento político dentro desse dinamismo educacional instalado. Segundo Bezerra (1984), para fortificar as bases eleitorais e o apoio popular, o governo incentivava a alfabetização, com claro intuito de produzir novos eleitores, manter a massa mobilizada e ganhar aliados da classe média (conscientes ou não). Todas as campanhas e movimentos eram bem vistos desde que não ultrapassassem um certo grau de provocação. Em contraposição, os movimentos educativos colocavam-se contra toda espécie de massificação (indivíduo considerado como objeto) e a favor da conscientização.

O objetivo era atingir as coletividades (bairros, comunidades, grupos) através de mediações com ampla capacidade de mobilização, considerando mais o coletivo em detrimento ao indivíduo; era necessário que todos fossem envolvidos. Com este ponto de vista, a vinculação com as situações concretas proporcionou uma elaboração teórica e uma diversidade de práticas educativas até então não alcançadas em termos de Educação Popular no país (Bezerra 1984).

6.1.3.2 O Que Seria Então Educação Popular?

“O que define a educação popular não é o público, mas a forma de trabalhar”
(Eymard M. Vasconcelos – comunicação pessoal, 2004)

Segundo Manfredi (1984) e Wanderley (1984), Educação Popular seria todo tipo de educação voltada para os interesses das classes subalternas, produzida “*para*” ou “*pelas*” classes populares.

Wanderley (1984) afirma que a Educação Popular é a:

“educação produzida pelas classes populares, isto é, utilizando modalidades pouco conhecidas pelo uso comum da educação, muitas não sistematizadas pela estrutura do sistema oficial, algumas inclusive ainda desconhecidas pelos próprios estudiosos deste campo de conhecimento.” (p.64)

Para Wanderley (1984) a Educação Popular é uma educação menos “*oficial*” e menos enquadrada nos programas tipo professor-alunos; seria, por exemplo, a educação que o

operário recebe fora da fábrica e fora da escola, dentro do sindicato, através de ações de sua agência de classe e através de sua participação pessoal nos processos e momentos de trabalho de classe.

Brandão (1984) trata a Educação Popular como uma alternativa de educação à sociedade autoritária, uma vez que esta modalidade de trabalho pedagógico é definida como “*popular*” não pelo tipo de sujeito a que se dirige, mas pelo tipo de projeto político a que serve. A Educação Popular é um instrumento de educadores comprometidos com vistas à produção e fortalecimento dos movimentos populares, “*cujo objetivo não é a participação de subalternos em projetos de democratização e desenvolvimento nos limites da ordem capitalista, mas, ao contrário, a acumulação de poder de classe para a transformação do próprio sistema capitalista em um sistema de relações socialistas que torne real uma democracia popular*” (p. 193).

Os agentes externos que desenvolvem trabalhos de educação popular podem estar dentro de um grupo amplo, podendo compreender desde o Estado até pequenos grupos privados, passando pela mediação da ação de instituições públicas e privadas e de grupos informais, independente se utilizam formas sistemáticas ou assistemáticas de educação (Wanderley 1984).

Wanderley (1984) ressalta que há todo um questionamento sobre qual setor ou grupo organizado teria mais legitimidade na tarefa de educar as classes populares e sobre o modo de relacionamento no processo educativo dos organizadores pertencentes a eles com as bases ou com a população. Dentro desta preocupação, destaca que:

“Neste ponto se levantam problemas ligados à metodologia, à pedagogia, aos instrumentos educativos empregados e aos riscos de que levem não a uma comunicação entre iguais, mas a uma relação assimétrica de direcionamento por parte dos agentes externos, com tendências à massificação, à manipulação política, ao paternalismo, ao autoritarismo, etc.” (p.65)

Segundo Wanderley (1984), deve ser enfatizada a atuação de pequenos grupos mais conscientes em busca de uma identificação com as classes populares, no intuito de ajudá-las e animá-las, sempre de forma crítica. Afirmando que:

“A educação, neste caso, não é meramente ‘para’, mas um esforço de se fazer um trabalho educativo ‘em conjunto com’, onde, sem perder suas especificidades, os parceiros se encontrem numa experiência de conhecimento comum.” (p.65)

Segundo Garcia (1984), o controle do processo educativo da educação popular define a prática do agente externo, que tanto pode buscar exercer seu poder quanto reforçar o poder da camada popular, ou seja, é a forma de apropriação deste poder (pelos agentes e pelos grupos populares) que vai definir o caráter da prática educativa.

É importante ressaltar que a iniciativa de fortalecer o poder das camadas populares não está centrada na transmissão do conhecimento, mas exatamente na criação de um espaço onde o saber popular possa se manifestar, mas isto não significa que não haja transmissão de conhecimento entre as partes (Garcia 1984).

Para Garcia (1984), o saber popular é fruto de experiências de vida (trabalho, vivências afetivas, religiosidade, costumes, etc.) e, é a partir deste saber que o grupo se identifica como grupo, trocando informações e interpretando a realidade em que vivem.

6.1.4 Pesquisa Participante

“A pessoa humana adquire sua dignidade. Não é mais considerada objeto de pesquisa semelhante aos sais minerais ou à natureza da rocha. O respeito e a emancipação da pessoa humana são direitos fundamentais, tanto na pesquisa como na ação: a pesquisa não se faz sobre as pessoas, mas com elas. Com a pesquisa-ação, inicia-se uma nova ética” (Khalid El Andaloussi, 2004)

Também no caso da Pesquisa Participante, temos uma polissemia semântica para definir este ‘formato’ de estudo, como apresentaram Brandão (1986) e El Andaloussi (2004), sendo eles: “*Pesquisa-Ação*”, “*Observação Participante*”, “*Investigação Alternativa*”, “*Pesquisa Participante*”, “*Investigação Participativa*”, “*Auto-senso*”, “*Pesquisa Popular*”, “*Pesquisa dos Trabalhadores*”, “*Pesquisa Confronto*” “*Pesquisa-Desenvolvimento*”, “*Pesquisa-Inovação*” “*Pesquisa-Participação*”, “*Pesquisa Ativa*”, “*Pesquisa de Ações*”, “*Pesquisa Operacional*”, “*Pesquisa Operativa*”, “*Pesquisa Orientada*”, “*Pesquisa Implicada*”, “*Pesquisa Finalizada*”, etc.

Segundo El Andaloussi (2004), a “*pesquisa-ação*” existe com várias denominações que abrangem acepções bem diversas e até contraditórias; tais denominações podem muitas vezes estar relacionadas a países e idiomas ou do ponto de vista epistemológico, ideológico e metodológico.

A Pesquisa Participante pode ser definida a partir de vários ângulos. Em geral os termos mais encontrados na literatura são “*Pesquisa Participante*” e “*Pesquisa-Ação*”.

Para El Andaloussi (2004), na “*Pesquisa Participante*”, o pesquisador se integra no grupo que quer estudar e a observação é realizada a partir do interior. O pesquisador, geralmente, está fora do projeto de vida do grupo e sua saída, então, não acarreta modificação desse projeto. Nos momentos em que os fatos se desenrolam, a análise se realiza e os resultados são restituídos, seguindo uma temporalidade linear e, isso significa que o observador – que no caso é o pesquisador - consegue distinguir claramente os momentos de observação, ação e pesquisa. Na Pesquisa Participante a formulação de hipóteses é, principalmente, atribuição do pesquisador profissional, devido aos seus conhecimentos teóricos e experimentais. O pesquisador submete os resultados de sua observação aos atores considerados, que corroboram a adequação das hipóteses e conferem credibilidade a seus argumentos. Já na Pesquisa-Ação, o observador não é obrigatoriamente pesquisador, pois todos os participantes podem ser pesquisadores, em um dado momento, no processo que os leva a realizar um projeto em comum, e, cada um dos participantes observa os fatos a partir do lugar que ocupa na realização desta tarefa comum. Neste caso, todos os participantes podem propor hipóteses, com base em suas próprias experiências e conhecimentos adquiridos. Por meio do arranjo dos lugares, na Pesquisa-Ação cada participante tem condições de divulgar, analisar e avaliar os dados coletados e cada um completa sua verdade comparando-a com a dos demais (El Andaloussi 2004).

Não é objetivo desta Dissertação realizar um estudo sobre a tipologia e a melhor definição para este formato de estudo, nem mesmo sobre as diferentes abordagens e processos dentro de cada um destes formatos. Como Brandão (1986) afirmou, apesar da diversidade de termos, todos apontam para um mesmo horizonte, pois procedem de origens, práticas e preocupações muito próximas. Nesta Dissertação, então, será adotado o termo **Pesquisa Participante** e serão mantidos outros termos quando for uma citação de outros autores. A seguir, serão aqui apresentadas algumas características, princípios e ideologias que suportam este tipo de pesquisa de uma forma geral, independente da denominação específica.

Vale destacar que em muitas pesquisas em que se pretende aplicar a metodologia da Pesquisa Participante nem sempre correspondem ao que se poderia esperar, pois Pesquisa Participante não se limita ao simples trabalho de recolher informações diretamente no campo de observação com o público (El Andaloussi 2004).

A “*Pesquisa-Ação*” tem a função de diagnosticar uma situação, iniciar uma ação, acompanhá-la, observá-la, conferir-lhe sentido, avaliando-a e incitando-a a desencadear novas ações. Pesquisa e ação não podem acontecer simultaneamente: há um momento para a ação, para fazer aflorar os problemas e momentos de descrever e avaliar, para melhorar a própria ação. E a pesquisa se opera na análise reflexiva que acompanha as diferentes etapas da ação.

A finalidade da “pesquisa-ação” é o resultado sinérgico da pesquisa e da ação, para realizar um projeto social e aperfeiçoar a problemática abordada (El Andaloussi 2004).

A “*Pesquisa Participante*”, em uma perspectiva crítica e problematizadora, não se limita a constatar como pensam, falam ou vivem as pessoas de determinado grupo social ou de procurar prever o que seria necessário fazer com vistas a dissolver os conflitos e reforçar a coesão social. Excluem-se os mitos da neutralidade e da objetividade do pesquisador e, há um incentivo em “*mergulhar na espessura do real, captar a lógica dinâmica e contraditória do discurso de cada ator social e de seu relacionamento com os outros atores, visando a despertar nos dominados o desejo da mudança e a elaborar, com eles, os meios de sua realização*” (Oliveira & Oliveira 1986:25).

Se, por muito tempo, o papel da ciência foi descrever, explicar e prever os fenômenos, impondo ao pesquisador ser um observador neutro e objetivo, a “*pesquisa-ação adota um encaminhamento oposto pela sua finalidade: servir de instrumento de mudança social*” (Barbier 2002:53). O projeto científico, neste caso, é necessariamente um projeto sócio-político, mas não deve ser um instrumento nas mãos do poder dominante (El Andaloussi 2004).

Oliveira & Oliveira (1986) partem da premissa de que a forma hierárquica e desigual da organização social atual não esgota toda a realidade nem constitui o único real possível, sendo que, debaixo de “*todo ordenamento social aparentemente imutável, fermentam, por vezes lenta e silenciosamente, alternativas, amadurecem rupturas*” (p. 25-26). Para estes autores, devemos interrogar constantemente a realidade e formular julgamentos de valor que conduzam a denunciar e recusar tudo aquilo que, na ordem social, nega a liberdade e a autonomia criadora dos movimentos sociais.

Para Freire (1986), a realidade concreta de uma certa área não se reduz a um conjunto de dados materiais ou de fatos cuja existência ou não, no nosso ponto de vista, importa constatar. A realidade concreta seria todos os fatos e dados e mais a percepção que deles esteja tendo a população neles envolvida. Esta realidade se dá na relação dialética entre objetividade e subjetividade.

Na “*pesquisa/ação*”, tem-se como meta “*favorecer a aquisição de um conhecimento e de uma consciência crítica do processo de transformação pelo grupo que está vivendo este processo, para que ele possa assumir, de forma cada vez mais lúcida e autônoma, seu papel de protagonista e ator social*” (Oliveira & Oliveira 1986:27). E não há “*Pesquisa-Ação*” sem participação coletiva, sem que os sujeitos estejam verdadeiramente envolvidos pessoalmente pela experiência, na integralidade de sua vida (Barbier 2002).

El Andaloussi (2004:137) afirma que:

“Elaborar ou desenvolver uma pesquisa-ação só seria viável se houvesse condição de assegurar relações democráticas e de confiança. Falar em democracia na pesquisa-ação é, antes de mais nada, enfatizar o fator humano em qualquer projeto de mudança, inovação ou transformação. A relação humana em uma pesquisa-ação é tão importante quanto os objetivos, métodos e meios. O desenvolvimento dessa pesquisa depende do respeito à liberdade dos atores e a seus ritmos, necessidades e valores.”

A proposta político-pedagógica da “*Pesquisa Participante*” busca realizar uma síntese entre o estudo dos processos de mudança social e o envolvimento do pesquisador na dinâmica mesma destes processos. O pesquisador deve adotar uma dupla postura de observador crítico e de participante ativo, colocando as ferramentas científicas de que dispõe a serviço do movimento social com que está comprometido (Oliveira & Oliveira 1986). A “*Pesquisa-Ação*” reconhece que o problema nasce, num contexto preciso, de um grupo em crise, e o papel do pesquisador é o de constatar tal problema e ajudar a coletividade a determinar os detalhes ligados ao mesmo, por uma tomada de consciência numa ação coletiva (Barbier 2002).

Na “*Pesquisa-Ação*” o pesquisador é encarregado de elaborar o dispositivo científico e de garantir seu bom desenrolar para observar e impulsionar a ação, já os atores (participantes) têm de formular as dificuldades e refletir com os pesquisadores sobre as táticas e estratégias para aplicar os resultados da pesquisa (El Andaloussi 2004).

Segundo Oliveira & Oliveira (1986) existem quatro etapas significativas no processo da “*Pesquisa Participante*”:

1- Processo de inserção do pesquisador:

A inserção é o processo pelo qual o pesquisador procura atenuar a distância que o separa do grupo social com quem pretende trabalhar, exigindo paciência e honestidade para que o percurso da pesquisa possa, de fato, ser realizado com a participação de seus membros enquanto protagonistas e não simples objetos. O pesquisador deve se esforçar para, pouco a pouco, ir sendo aceito pelo grupo, como realmente é, como alguém de fora disposto a realizar um estudo que pode ser útil para o grupo, mas como alguém que irá embora. O pesquisador deve preservar uma distância crítica em relação à realidade e à ação cotidiana do grupo, para que assim possa contribuir para uma problematização e uma clarificação da prática vivida pelo grupo.

2- Coleta da temática geradora do grupo com que se trabalha:

Na identificação da temática geradora, o pesquisador procura observar a vida social em movimento da comunidade, procurando captar a rede de relações sociais que a atravessam, os problemas que a desafiam e a percepção que a população tem de sua própria situação e de suas possibilidades de mudança. Para tal, deve-se construir hipóteses de base e verificar a validade e consistência destas hipóteses iniciais a partir de entrevistas realizadas com os protagonistas da experiência. A partir da matéria-prima fornecida pela investigação da temática geradora, é possível conceber o desenvolvimento de um processo de educação política onde o pesquisador/educador ajuda o grupo a tomar distância de sua realidade vivida e passa a vê-la como um objeto de estudo e ação.

3- Organização do material recolhido junto ao povo:

A identificação da temática geradora deve continuar com a organização das informações e materiais recolhidos junto ao povo, para que a ele seja devolvido, para que este possa se apropriar da discussão.

4- Devolução sistemática para discussão e ação:

A pesquisa feita com o povo se *“transforma em educação popular na medida mesma em que se dá como objetivo tentar superar este saber fragmentado e parcelado, que não deriva obviamente de carências no plano da inteligência, mas sim de uma experiência objetiva de vida e de trabalho, marcada pela marginalização e pela opressão, pelo isolamento e pela impotência”* (p. 33). A Pesquisa participante, como caminho político-didático, não deve ser a oportunidade para o pesquisador fazer o seu discurso, impor as suas idéias, conduzir à posição que julga correta, mas, sim, um instrumento para motivar os grupos populares a assumir sua experiência cotidiana de vida e de trabalho como fonte de conhecimento e de ação transformadora, numa perspectiva libertadora.

Da mesma forma que Oliveira & Oliveira (1986) definiram quatro etapas significativas da Pesquisa Participante, Fals Borda (1986) aborda seis princípios metodológicos da mesma, similares e/ou complementares as etapas citadas acima, sendo eles: i) autenticidade e compromisso, por parte dos pesquisadores; ii) antidogmatismo : não aplicar, rigidamente, na pesquisa algumas idéias preestabelecidas ou princípios ideológicos; iii) restituição sistemática: o retorno do ‘saber’ pesquisado deve ser sistemático e organizado; iv) *feedback* para os intelectuais orgânicos (*feedback* dialético das bases para os cientistas engajados); v) ritmo e equilíbrio de ação-reflexão: ritmo específico no tempo e no espaço, que

vai da ação à reflexão, e da reflexão à ação, em um novo nível de prática) e vi) ciência modesta e técnicas dialogais: linguagem acessível, participação efetiva, estímulo e aprendizagem da ciência/sabedoria popular.

Barbier (2002) apresenta em sua obra as “noções-entrecruzadas”, ou seja, noções-chave suscetíveis de serem utilizadas na perspectiva de uma “Pesquisa-Ação”, onde cada uma dessas noções carrega consigo muitos conceitos. As noções-entrecruzadas podem ser concebidas como meios praxiológicos para compreender o que une pesquisa e ação numa determinada problemática. O esquema abaixo se refere a estas noções-entrecruzadas e, em seguida são apresentados os conceitos envolvidos em cada uma dessas noções:

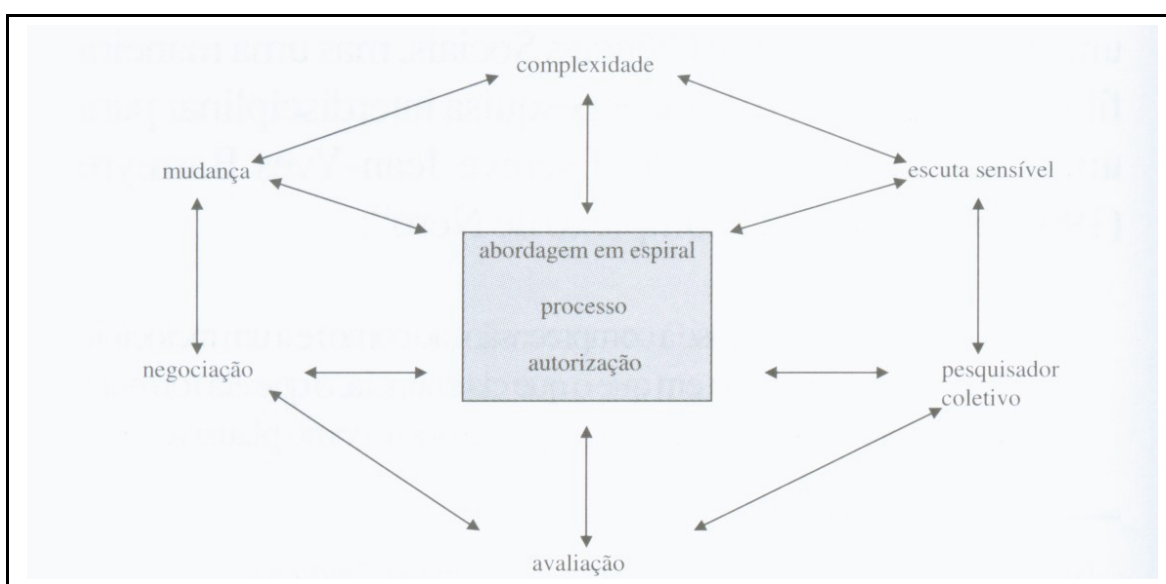


Figura 1: Noções-entrecruzadas na Pesquisa-Ação (Barbier 2002:86)

- Complexidade: apreciação da complexidade do real, considerando o ser humano uma “totalidade dinâmica, biológica, psicológica, social, cultural, cósmica, indissociável” (p. 87).
- Escuta sensível: apóia-se na empatia, onde “o pesquisador deve sentir o universo afetivo, imaginário e cognitivo do outro para compreender do interior as atitudes e os comportamentos, o sistema de idéias, de valores, de símbolos e de mitos.” (p. 94)
- Pesquisador coletivo: “grupo-sujeito” de pesquisa constituído por pesquisadores profissionais e por membros da população vinculada à investigação participativa.
- Mudança: “a pesquisa-ação visa à mudança de atitudes, de práticas, de situações, de condições, de produtos, de discursos em função de um projeto-alvo que exprime sempre um sistema de valores, uma filosofia de vida, individual e coletiva, suposta melhor do que a que preside à ordem estabelecida” (p. 106).

- Negociação e avaliação: embora distintos, estes termos aparecem juntos na “*Pesquisa-Ação*”. A negociação deve ocorrer ao longo de todo o trabalho, se abrindo como mediação/desafio de cada instante e só pode ocorrer num universo de avaliação, de discussão sobre os valores, sobre o sentido.
- Processo: ao contrário de um procedimento que visa sempre controlar tudo que poderia levar a uma mudança no conjunto, o processo é “*uma rede simbólica e dinâmica, apresentando um componente ao mesmo tempo funcional e imaginário, construído pelo pesquisador a partir de elementos interativos da realidade, aberta à mudança e necessariamente inscrito no tempo e no espaço*” (p. 111).
- Autorização: se refere ao sujeito tornar-se autor de si mesmo, para apropriar-se de sua existência, pela capacidade de ter confiança em si, ser capaz de desafiar o real.
- Abordagem em espiral: todo avanço implica o “*efeito recursivo em função de uma reflexão permanente sobre a ação*” (p. 117).

Obviamente, a Pesquisa Participante apresenta críticas e limitações. El Andaloussi (2004) traz algumas citações de autores que as relatam, tais como: i) a pesquisa se remete mais à prescrição que à descrição; ii) a noção de “*Pesquisa-Ação*” é mais facilmente portadora de manipulação do que de explicação e iii) o pesquisador está mais interessado no caráter militante e nas necessidades estratégicas e políticas, que em manter o rigor científico e as exigências de análise, discussão e crítica.

6.2 Escolha do Tema

“A participação não envolve uma atitude do cientista de conhecer melhor a cultura que pesquisa. Ela determina um compromisso que subordina o próprio objeto científico de pesquisa ao projeto político dos grupos populares cuja situação de classe, cultura ou história: se quer conhecer porque se quer agir”
(Carlos R. Brandão, Pesquisa Participante, 1986:12)

A definição do tema desta Dissertação foi um momento de considerável angústia pessoal. Este ‘*tema*’ deveria ser algo importante para mim, enquanto pesquisadora, educadora e militante social, e igualmente importante para uma parcela da população da Reforma

Agrária, uma vez que, já tinha como certeza anterior (principalmente por causa da curiosidade sobre esta autêntica expressão do movimento social brasileiro), que este estudo se desenvolveria em área de assentamento ou acampamento rural do MST.

Em muitas pesquisas, os problemas estudados não são os problemas vividos e sentidos pela população pesquisada. A finalidade de qualquer ação educativa deveria ser a produção de novos conhecimentos que possibilitem aumentar a consciência e a capacidade de iniciativa transformadora dos grupos com quem trabalhamos, sendo que o estudo da realidade vivida pelo grupo e a sua auto-percepção desta mesma realidade constituem o centro do processo educativo. Como o próprio Paulo Freire destacava, a educação não pode ser sinônimo de transferência e depósito de conhecimento, mas um ato dinâmico e permanente de descoberta, análise e transformação da realidade pelos que a vivem (Oliveira & Oliveira 1986).

Oliveira & Oliveira (1986), dentro desta perspectiva pedagógica, afirmam que a definição do conteúdo programático de uma ação educativa não pode ser feita apenas pelo educador/pesquisador, mas, que esta definição deva ser um trabalho conjunto de pesquisa e discussão entre educador e educandos, pesquisador e pesquisados, mediatizados pela realidade a ser conhecida e, quem sabe, transformada.

Em minha visita ao Assentamento Oziel Alves Pereira (Governador Valadares – MG) e ao Acampamento Padre Gino (Frei Inocêncio – MG), no período de 12 a 15 de agosto de 2003, percebi como as práticas complementares de saúde eram constantes entre as pessoas, muito, por elas justificadas, pela carência do atendimento médico na região. A utilização dessas práticas, principalmente de plantas medicinais e da bioenergética, é incentivada pelo Setor Regional de Saúde do MST (Regional Vale do Rio Doce). Há alguns anos ocorreram em todas as áreas desta regional oficinas sobre plantas medicinais, que serviram para ensinar a elaboração de tinturas, pomadas, xaropes e chás. Existe uma proposta da Regional de construção de uma horta medicinal em uma das áreas, que fornecerá espécimes medicinais para as demais. Em agosto de 2003, o projeto da horta já estava elaborado e o local do plantio escolhido; faltava conseguir as mudas e iniciar efetivamente os trabalhos, além de recursos financeiros para aquisição de alguns materiais. Em março de 2005 esta horta ainda não estava efetivada.

Em conversas com o pessoal do Setor de Saúde foi levantada a necessidade de um aprofundamento e conhecimento mais científico da utilização das plantas, como por exemplo, o que é e para que serve o princípio ativo das mesmas, e elaboração de uma cartilha informativa contendo nome das plantas, qual problema combate, qual parte utilizada (folha, flor, raiz, etc), onde encontrar, entre outros itens. Para tal, consideram importante a presença de um profissional externo capacitado para efetivação destas idéias.

Sem querer me julgar capacitada para desenvolver tal ‘tarefa’, mas tendo como opção metodológica a Educação Popular em Saúde, acreditei (e ainda acredito!) que aprender, discutir, questionar e sistematizar um pouco desta prática seja uma excelente estratégia educativa, uma vez que os resultados poderiam ser extremamente úteis ao cotidiano das famílias assentadas/acampadas, de outras famílias e também para a comunidade científica.

6.3 Escolha do Local

6.3.1 Histórico de Ocupação da Área

Na região do Vale do Rio Doce e Região Leste de Minas Gerais - bem como em outras regiões do Estado - existem diversos Assentamentos e Acampamentos da Reforma Agrária, entre estes, 11 áreas do MST. Aproximadamente, 630 famílias estão distribuídas em 6 Assentamentos (Assentamentos Oziel Alves Pereira e Barro Azul, em Governador Valadares; Assentamento Liberdade, em Periquito; Assentamentos Dorcelina Folador e Roseli Nunes II, em Resplendor e Assentamento 1^o de Junho, em Tumiritinga) e 6 acampamentos (Acampamentos Padre Gino e Juscelino dos Santos, em Frei Inocência; Acampamento Ulisses Oliveira, em Jampruca; Acampamento Esperança do Vale, em São José da Safira; Acampamento Terra Prometida, em Tumiritinga e Acampamento Gilberto de Assis, em Resplendor).

O Acampamento Padre Gino, local da realização deste estudo, inicia sua história em 17 de abril de 2002 – data esta presente no calendário de lutas do MST, pois em 17 de abril de 1996 ocorreu o massacre de Eldorado dos Carajás, no Pará. Em 17 de abril de 2002, então, aproximadamente 680 famílias, provenientes de várias localidades da região (inclusive de outros acampamentos/assentamentos), saem em marcha do município de Frei Inocência e seguem para o início de sua longa jornada de luta pela terra. O destino: a Fazenda Eldorado II, com cerca de 2.000 hectares¹⁷.

A primeira ocupação destas famílias ocorreu no asfalto da Br 116 (Rio-Bahia), à direita da rodovia (sentido Rio-Bahia), na altura do km 372, onde permaneceram por algumas semanas.

Em 23 de maio de 2002, a Fazenda é ocupada de fato: as famílias rompem as cercas e adentram para a área. Neste momento, o número de famílias já havia reduzido para

¹⁷ A fazenda Eldorado, às margens da Br 116, em Frei Inocência (MG) é dividida por esta rodovia, sendo a Eldorado I do lado esquerdo e a Eldorado II do lado direito (no sentido Rio-Bahia)

aproximadamente 500, que ali permaneceram até 02 de outubro do mesmo ano, quando, por ordem judicial, são obrigadas a deixarem os limites internos da Fazenda e acabam por retornar para a beira da rodovia (lado esquerdo).

Em março de 2003, as famílias reocupam a Fazenda Eldorado II, agora, nas redondezas da casa sede. E, em outubro, através de uma nova ordem judicial da Vara Agrária de Minas Gerais, as famílias são transferidas para um outro ponto dentro do imóvel, permanecendo cerca de 180 famílias numa área de 70 ha.

Em março de 2004, quando a vivência prática deste trabalho já havia iniciado, por ocasião do recebimento das cestas básicas, foram registradas 150 famílias residentes no Acampamento.

Em 18 de abril de 2004 (**Anexo I**), com a ocupação da Fazenda Casa Branca (cerca de 5 km adiante, na própria Br 116) e com a criação do Acampamento Juscelino dos Santos, 20 famílias do Acampamento Padre Gino foram transferidas para a nova área¹⁸.

No início de junho de 2004, com intuito de pressionar o INCRA, os 70 ha permitidos pela justiça para plantação e moradia foram violados. Devido a este fato, um incidente com funcionários da Fazenda, policiais e acampados e acampadas, em 14 de junho de 2004 (**Anexo II**), levou ao aumento da tensão na área.

Na região do Vale do Rio Doce, uma área com grande quantidade de latifúndios, muitos deles improdutivos, existe o MDP - Movimento em Defesa da Propriedade – formado pela união de produtores rurais latifundiários. O MDP foi criado com claro intuito de pressionar politicamente a proposta do Governo de desapropriar terras improdutivas para fins de Reforma Agrária na região. E a união destes latifundiários tem complicado, em muito, o processo de compra e venda da Fazenda Eldorado, bem como demais propriedades improdutivas da região.

No início de setembro de 2004, ocorreu uma audiência para determinar sobre pedido de reintegração de posse feito pela proprietária da Fazenda. O fato de existir uma Escola e um número considerável de crianças no Acampamento contribuíram para a negação deste pedido, o que ocasionaria o retorno das famílias para as margens da Br 116.

Em novembro do mesmo ano, 36 famílias foram transferidas para uma nova área, já parcialmente desapropriada para fins de Reforma Agrária, a fim de serem assentadas, no município de Jampruca (MG).

¹⁸ A transferência destas famílias já estava acertada desde a entrada destas no Acampamento Padre Gino, em maio de 2003, isso porque a capacidade da Fazenda Eldorado não é suficiente para assentar, futuramente, todas as famílias lá acampadas. Estima-se que a capacidade de assentamento da área seja de aproximadamente 45 famílias.

6.3.2 O Acampamento Padre Gino

O Acampamento Padre Gino (**Apêndice I: Foto 1**) dista cerca de 3,5 Km da cidade de Frei Inocência (Minas Gerais) e de 40 quilômetros de Governador Valadares (MG), sendo aproximadamente 390 Km distante da capital do Estado (Belo Horizonte). Frei Inocência é o principal destino das famílias para realizarem compras, atendimento médico e freqüentarem a escola. O outro município mais próximo é Jampruca (MG), distando cerca de 15 km da área.

A região tem raízes na fundação de Filadélfia, projeto do colonizador Teófilo Otoni, com o objetivo de ligar o nordeste mineiro ao litoral. A trilha de pioneiros fundou a Companhia Mucuri e várias expedições foram dispersadas devido às dificuldades na penetração das matas e ataques de índios. Vencidas as adversidades, a região foi sendo colonizada, dando origem a vários povoados. O primeiro nome do município de Frei Inocência foi Fazenda Suaçuí, sendo depois alterado em homenagem ao capuchinho frei Inocência de Cômido, que celebrava missas na região. Em 12 de dezembro de 1953, foi elevado a Distrito pertencendo a Itambacuri. É desmembrado, em 1962, quando se emancipa (Projeto Cidades 2004).

Frei Inocência (**Anexo III**) possui 468 km² e no censo demográfico do ano 2000 registrou uma população total de 8.176 pessoas, sendo que cerca de 27,7% da população reside na zona rural (IBGE 2004). O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da cidade é de 0,55% (Projeto Cidades 2004). O município conta com um hospital (com 28 leitos hospitalares) e duas unidades ambulatoriais; não existem consultórios médicos e odontológicos, nem postos de saúde. Existem cinco escolas de Ensino Fundamental, uma de Ensino Médio e três de Pré-Escolar, todas da rede pública, num total de 2.941 discentes e 125 docentes. Quanto à produção agrícola, as principais lavouras (permanentes e temporárias) do município são: banana, laranja, amendoim, arroz, cana-de-açúcar, feijão, mandioca e milho (IBGE 2004).

Existem ônibus que passam na frente do Acampamento e têm como destino Frei Inocência (custo médio de R\$ 1,65) e Governador Valadares (custo médio de R\$ 4,85). Muitos optam por ir a pé ou de bicicleta até Frei Inocência e, de lá, pegam o ônibus coletivo para Governador Valadares (custo de R\$ 2,80).

Conforme as diretrizes do MST, o nome dos Acampamentos e Assentamentos deve prestigiar um lutador ou lutadora do povo, de destaque local, nacional ou internacional. Padre Gino, um padre italiano que na década de 80 lutou junto ao povo do município de Frei

Inocência e região, foi escolhido como o lutador de destaque para as famílias, dando nome ao Acampamento.

Em janeiro de 2005, após desistências, expulsões, mudanças e novas ocupações residiam 83 famílias no Acampamento Padre Gino. Vale destacar que o número de famílias em um acampamento rural é muitas vezes impreciso, pois a própria dinâmica instável da vida nestes ambientes conduz a tal situação.

Para terem direito de se cadastrarem no Programa Nacional de Reforma Agrária, as famílias devem permanecer continuamente nos acampamentos. Conforme estabelecido por lei, as áreas ocupadas, produtivas ou improdutivas, só entram na pauta de negociação do INCRA para desapropriação para fins de Reforma Agrária após dois anos decorridos da sua ocupação.

Em abril de 2004 o Acampamento Padre Gino celebrou os seus dois anos de luta, lona, resistência, conflitos e esperanças. Espero que as famílias do Acampamento Padre Gino possam transpor, em breve, do status de 'luta *pela* terra' para o de 'luta *na* terra'.

Atualmente as famílias estão divididas nas diferentes instâncias de organicidade do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, sendo homens, mulheres e jovens que as integram. São estas:

- **Assembléia**: instância máxima do Acampamento, com caráter deliberativo, reunindo o conjunto de todas as famílias acampadas. As Assembléias não tem um calendário definido, ocorrendo quando há necessidade.

- **Coordenação do Acampamento**: composta por um representante de cada equipe ou setor (descritos adiante), pelos coordenadores e coordenadoras do Acampamento na regional do MST e pelos coordenadores e coordenadoras dos Núcleos de Base. A Coordenação se reúne duas vezes por semana (terças e sextas-feiras) para levantar as questões problemáticas da área e discuti-las, dando os devidos encaminhamentos após consulta coletiva dos Núcleos de Base (abaixo descritos).

- **Núcleos de base**: existem 6 Núcleos de famílias no Acampamento que também se reúnem duas vezes por semana, logo após a reunião da Coordenação. Cada Núcleo, com número variando entre 12 e 15 famílias, possui 2 coordenadores, em geral, um homem e uma mulher. A função dos Núcleos de Base é discutir, separadamente, os problemas e pontos levantados na Coordenação e encaminhar a posição do Núcleo em relação ao assunto

levantado. As reuniões dos Núcleos também servem para repassar os informes gerais dados na reunião da Coordenação.

- **Setores:**

- **Educação:** funciona dentro do Acampamento uma escola de 1ª a 4ª série (Escola Paulo Freire) (**Apêndice I: Foto 2**), com duas turmas multiseriadas (1ª e 2ª séries e 3ª e 4ª séries) e uma turma de pré-escolar, seguindo a linha pedagógica do MST. Esta escola é reconhecida pela Secretaria de Educação de Frei Inocêncio, sendo, portanto, um anexo de uma escola municipal da cidade (Escola Estadual João Brasileiro Passos). Três educadoras e uma auxiliar de cozinha trabalham na escola, sendo todas acampadas na área. Quando existem alimentos disponíveis, provenientes das cestas básicas, doações ou da própria Prefeitura, serve-se merenda escolar. Existe também, ocasionalmente, a Educação de Jovens e Adultos (EJA), outra proposta pedagógica do Movimento, que trabalha a alfabetização e aprendizado dos adultos. O EJA conta com duas educadoras e 10 educandos e educandas.
- **Comunicação:** responsável por todas as atividades relacionadas á comunicação do Acampamento: edição de um boletim de notícias, acolhimento de visitantes, contatos externos, entre outros. Em janeiro de 2005 retomou-se a discussão da instalação de uma rádio comunitária na área, pois um gerador de energia elétrica há poucos meses conquistado, propiciará a efetivação deste antigo projeto do Setor (**Apêndice I: Fotos 3 e 4**).
- **Formação:** responsável pelo processo de formação e conscientização política dos acampados e acampadas, dentro da ideologia do MST, através de cursos e grupos de formação/discussão.
- **Saúde:** este Setor acompanha a saúde das famílias do Acampamento, sendo responsável por encaminhar para os serviços médicos quando há necessidade, por agendar a visita do médico (sem periodicidade definida) e resolver demais problemas relacionados à saúde. Este setor terá uma descrição mais completa adiante, na apresentação dos Resultados desta pesquisa.

- Produção: responsável por desenvolver todas as atividades relacionadas com a produção agropecuária, formas de cooperação no trabalho e questões ambientais, incluindo as alternativas de soberania alimentar e de produção sustentável para a subsistência das famílias.

- **Equipes**:

- Disciplina: responsável por acompanhar o cumprimento das normas disciplinares e encaminhar eventuais penalidades.
- Roupa: equipe responsável por arrecadar ou receber as doações de roupas; existe uma barraca para guardar as roupas recebidas que, periodicamente, são expostas e os que necessitam podem adquirir as peças, gratuitamente.
- Esporte e Lazer: existe uma área dentro do Acampamento na qual funciona o campo de futebol; o time de futebol do Acampamento sempre participa de jogos em Frei Inocêncio e localidades vizinhas, inclusive em outros Acampamentos/Assentamentos. Outras opções de lazer são as rodas de viola/violão e sanfona e as rodas de capoeira. Muitas vezes, no final da tarde, os jovens se reúnem em baixo da maior árvore do Acampamento (um pau d'alho) para se divertirem: jogam futebol, queimada, rouba-bandeira e birosca (bolinha de gude) (**Apêndice I: Foto 5**).
- Liturgia: existem famílias católicas e evangélicas no Acampamento e as atividades (cultos, atos religiosos, celebrações) são realizadas separadamente. As famílias evangélicas se reúnem semanalmente para celebração de culto, cada dia em um barraco diferente, sempre com a presença de um Pastor. Anteriormente, as celebrações católicas ocorriam semanalmente, aos domingos, na escola do Acampamento. Em agosto de 2004 foi construída uma Igreja Católica na área, sendo a padroeira Nossa Senhora das Dores, havendo celebrações aos domingos e reuniões para rezar o terço nas quartas-feiras. Geralmente, o Padre realiza visitas mensais na área.

- Alimentação: esta Equipe é responsável por atualizar a lista de famílias presentes no Acampamento para o recebimento das cestas básicas do Governo. Quando o suprimento das cestas acaba busca-se doações externas e também um repartilhamento interno.

Não há um planejamento periódico para realização das reuniões dos Setores e Equipes; estas ocorrem de acordo com a demanda apresentada pelas famílias. Cada setor ou cada equipe é composto por, pelo menos, um integrante de cada Núcleo e, um destes é escolhido como coordenador ou coordenadora que representa o Setor/Equipe na Coordenação do Acampamento. Nenhuma Equipe ou Setor tem autoridade para determinar ações sem o prévio conhecimento e discussão na Coordenação.

Dentro da perspectiva proposta pelo MST, a questão de gênero é sempre respeitada e, em todas as instâncias, procura-se a paridade homem/mulher na composição dos diferentes grupos.

Após serem transferidos para o atual local de residência (desde outubro de 2003), as famílias retomaram a produção. Entre tantos produtos, destacam-se: batata-doce (comum e roxa), milho, arroz, feijão, abacaxi, abóbora, quiabo, amendoim, melancia, hortaliças, além da criação de alguns animais (porcos, galinhas e gado). Existe plantação coletiva e individual e cada família possui de 3 a 4 lotes de 12x30m.

As famílias recebem cestas básicas do programa Fome Zero¹⁹, numa parceria com a CONAB - Companhia Nacional de Abastecimento do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento do Governo Federal. Estas cestas não têm uma periodicidade certa, chegando, em média, de três em três meses, sendo, em geral, compostas por: arroz, feijão, fubá mimoso, farinha de mandioca crua, óleo de soja, açúcar cristal, macarrão comum tipo espaguete, sal refinado, farinha de trigo comum, café moído e torrado e leite em pó integral. A maioria destes produtos não dura até a chegada da próxima cesta.

As moradias são, em geral, provisórias, sendo os barracos construídos com lona, madeira e palha. Existem ainda algumas moradias de alvenaria, adobe ou pau-a-pique (enchimento de barro). Na grande maioria, o piso do chão é de terra batida e a cobertura da casa (telhado) de lona, telha de amianto e palha. É comum a pouca ventilação e luminosidade. A estrutura dos barracos contribui para o calor, para mim, excessivo, no interior destes (mas é importante lembrar que a região já é bem mais quente do que a minha de origem, portanto, era

¹⁹ O Programa Fome Zero é o carro chefe dos programas sociais do governo Lula, buscando diminuir as questões relativas à fome através da distribuição de cestas básicas e recursos financeiros para os carentes.

comum eu reclamar mais do calor do que os moradores que já estão habituados). Em geral, as moradias possuem dois cômodos, basicamente a cozinha e o quarto (que é quase sempre o mesmo para todos da família).

A fazenda Eldorado II possui tronco de energia elétrica, mas este não chega na atual área do Acampamento. Quando as famílias moravam no entorno da casa sede puxaram “gatos” para os barracos, levando luz a estes. As possibilidades atuais de fonte de luz nas moradias são velas, lamparinas, lampiões. Em setembro de 2004 foi doado para o Acampamento um gerador e este é usado para iluminação das celebrações religiosas, reuniões e aulas do EJA que ocorrem a noite na Igreja e na Escola.

A água utilizada vem de uma mina de uma Fazenda vizinha, cai numa caixa d’água (também localizada na Fazenda vizinha) e chega aos barracos através de mangueiras distribuídas por toda área do Acampamento. Esta caixa d’água já existia anteriormente à criação do Acampamento. A mesma água é utilizada para diferentes fins, como lavar roupa, tomar banho, cozinhar, molhar as hortas e beber. Quase nenhuma família tem o costume de filtrar ou ferver a água antes do consumo humano.

Obviamente, não existe rede de esgoto nem tratamento de resíduos. Para destinação dos dejetos humanos, foram construídas fossas na maioria dos barracos. Quem não construiu fossa, utiliza o mato como destino dos dejetos. As fossas são muitas vezes utilizadas também como local de banho. Vale destacar a boa higiene mantida na maioria destes ambientes de higienização pessoal. Mas, algumas dessas fossas estão localizadas a uma distância reduzida do córrego interno, havendo enorme possibilidade de contaminação da água. Apesar da tentativa, não foi realizada neste estudo análise da qualidade da água.

Dentro do Acampamento existe o córrego “Péla-Macaco”, muito utilizado para pesca, mas com qualidade de água indesejável. O peixe mais pescado e consumido na área é o bagre-africano.

A presença de ratos em muitos barracos foi verificada, principalmente, entre aqueles que guardam sacos com a produção alimentar (milho, arroz, feijão, etc.).

Em geral, o destino do lixo orgânico (sobras de comida) é a lavagem (alimentação dos porcos) e o lixo inorgânico (plásticos, papéis, latas, vidros, etc) é queimado, enterrado ou levado para o lixão da cidade. É comum encontrar lixo espalhado ao redor de algumas moradias.

Existem algumas normas disciplinares, aprovadas pelo coletivo das famílias, para o bom funcionamento do Acampamento; a maioria delas relacionadas à conduta:

- Horário de silêncio: de 22:00 às 06:00 horas;

- Horário para retornar ao Acampamento: 22:00 horas, todos os dias, exceto para aqueles que estudam a noite na cidade;
- Afastamento (ausência) do Acampamento: por motivo de doença ou outras razões pessoais, deve ser avisado à Coordenação que negocia o prazo para o retorno;
- Vigia: ocorre todos os dias (24 horas/dia) e cada núcleo de família é responsável por um dia de vigia, havendo três turnos de seis horas cada;
- Bebidas alcoólicas não são permitidas: na prática, é tolerado beber com moderação apenas dentro dos barracos, sem causar confusões ou constrangimento para as demais famílias;
- Drogas ilícitas não são permitidas;
- Agressões físicas não são permitidas, nem entre familiares;
- Sexo explícito não é permitido.

A violação destas normas é levada ao conhecimento da Equipe de Disciplina que, juntamente com a Coordenação, determina a repreensão do ato ou a penalidade a ser cumprida. Muitas vezes, estas penalidades envolvem trabalhos coletivos, como capina ou reforma de áreas de uso comum.

6.4 Instrumentos e Procedimentos da Investigação

6.4.1 Observação Participante

Observação Participante pode também ser um nome para uma pesquisa do tipo Pesquisa Participante. Nesta dissertação, “*Observação Participante*” se refere ao fato de observar sistemática e criticamente a realidade, o dia-a-dia, da população do Acampamento Padre Gino, a fim de verificar as hipóteses deste estudo.

A Observação Participante é um método qualitativo indispensável na “*Pesquisa-Ação*”, pois permite também compreender a vida afetiva e imaginária do grupo (Barbier 2002). Implicado na ação da observação, o pesquisador aprende, na relação informal, muito mais do que se estivesse utilizando métodos e técnicas sofisticados de investigação (El Andaloussi 2004).

Segundo Barbier (2002) o primeiro ponto da Observação Participante consiste em poder ser aceito pelo grupo ou pela comunidade a examinar, trata-se de ganhar a confiança das pessoas - e é preciso tempo para isso. A Observação Participante é, por excelência, um encontro social e é oportuna a participação do pesquisador nas atividades mais freqüentes: festas, refeições, rituais religiosos, esportes, etc..

O pesquisador deve envolver-se no grupo estudado, convivendo com seus membros e participando de suas atividades cotidianas, *“antes ele [pesquisador] ficar ouvindo e observando que anotando ou filmando (...), sentir, tocar, isso permite conviver com o grupo, enquanto estudá-lo só permite fazer-lhe uma visita”* (El Andaloussi 2004:118).

Outro ponto abordado por Barbier (2002) são as *“técnicas do banal e do cotidiano”*, descritas como todas as formas de escuta e de observação não codificadas, não estruturadas, onde o pesquisador mantém sempre consigo uma caderneta destinada às anotações. Todos os lugares habituais de encontro, ou seja, o *“lugar do acontecimento”*, são propícios à escuta interessante. A criação de um diário de pesquisa é usual e aconselhável em Pesquisa Participante.

A observação encontra, porém, dificuldades que são objeto de muitas críticas, pois se sabe que a relação entre observador e observado modifica o comportamento deste último e que possíveis influências de personalidade e subjetividade do observador podem enviesar os resultados da observação. O observador não está impedido de projetar seus próprios valores e de se deixar levar por uma leitura errônea dos fatos que está observando (El Andaloussi 2004).

A Observação Participante realizada no Acampamento Padre Gino foi livre, ou seja, sem nenhum roteiro específico ou pontos principais a serem focados na observação. No dia-a-dia com as famílias, todas as informações relativas à saúde, em todos os aspectos possíveis, eram consideradas e anotadas no caderno de campo ao final do dia.

6.4.2 Questionários

Segundo Oliveira & Oliveira (1986), um questionário é um quadro teórico rígido, elaborado unilateralmente pelo pesquisador, que não permite o surgimento de dados novos e inesperados, onde podemos apenas ver as respostas se limitarem a confirmar ou não às hipóteses iniciais, sem, contudo abrir espaços para elaboração de outras hipóteses.

O Questionário elaborado e aplicado nesta Dissertação possui perguntas de respostas fechadas (dentro de alternativas pré-estabelecidas) e de respostas abertas (livres) e foi

dividido em cinco partes: Características individuais, Características familiares, Características gerais e do ambiente, Práticas de saúde e Práticas complementares de saúde, conforme pode ser observado no **Apêndice II**.

Este instrumento foi escolhido como uma forma de facilitar o encontro dos informantes-chave (posteriormente entrevistados), além de obter informações demográficas das famílias do Acampamento Padre Gino e as primeiras informações sobre a saúde e suas práticas populares. A existência de perguntas de respostas abertas permitiu quebrar um pouco a rigidez do formato de questionário, além de permitir a expressão mais espontânea da pessoa que o respondeu.

O questionário utilizado, bem como o roteiro de entrevista, foram validados em campo (quanto ao entendimento, seqüência das perguntas, etc.) e esta validação foi baseada nas idéias apresentadas por Boruchovitch & Schall (1999).

6.4.3 Entrevistas

A entrevista é a técnica mais usada no processo de trabalho de campo, permitindo, como fonte de informação de dados secundários e primários, obter fatos, idéias, crenças, maneira de pensar, sentir e agir, opiniões, sentimentos, razões conscientes e inconscientes, etc., além de permitir apreender o ponto de vista dos atores sociais (Minayo 1992).

O que torna a entrevista um instrumento privilegiado de coleta de informações é a possibilidade de a *“fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (...) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas”* (Minayo 1992:109-110).

A entrevista, concebida como um diálogo aberto, estimula a livre expressão da pessoa com quem se conversa, ampliando *“o campo do discurso que passa a incluir não só fatos e opiniões bem delimitadas, mas também devaneios, projetos, impressões, reticências, etc.”* (Oliveira & Oliveira 1986:29).

Minayo (1992) destaca que a entrevista não é simplesmente um trabalho de coleta de dados, mas uma situação privilegiada de interação e, conseqüentemente, um fato social.

Uma entrevista, mesmo que livre, deve ter um fio condutor, uma estrutura de base ligada ao núcleo temático a ser pesquisado (Oliveira & Oliveira 1986).

O roteiro de entrevista semi-estruturada elaborado e aplicado a uma parcela da população residente no Acampamento Padre Gino, está apresentado no **Apêndice II**. O

roteiro semi-estruturado foi escolhido por permitir incluir intervenções que visem abrir o campo de explanação do entrevistado ou a aprofundar o nível de informações ou opiniões, além de libertar o entrevistador de formulações pré-fixadas, como afirma Minayo (1992).

As pessoas entrevistadas foram aquelas que na aplicação do questionário e durante a observação participante foram apontadas como informantes-chave sobre a situação e comportamento de saúde das famílias do Acampamento.

6.4.3.1 Transcrição das Entrevistas

Todas as entrevistas foram gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas na íntegra por mim.

6.4.3.2 Análise das Entrevistas

As entrevistas foram analisadas segundo a “*Análise de Conteúdo*”, mais especificamente através da técnica de “*Análise Temática*” proposta por Bardin (1977).

Segundo Minayo (1992), a Análise de Conteúdo parte da análise dos dados brutos (primeiro plano) para um nível mais aprofundado que ultrapassa os significados manifestos, onde articula-se a superfície dos textos com os fatores que determinam suas características (contextos cultural, social, de produção da mensagem, etc.). Bardin (1977) acrescenta que “*enquanto esforço de interpretação, a análise de conteúdo oscila entre os dois pólos do rigor da objectividade e da fecundidade da subjectividade*” (p. 9).

A Análise Temática “*consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado*” (Minayo 1992:209). Nesta técnica, a análise é frequencial, quantitativa e transversal, onde as entrevistas são recortadas em redor de cada tema-objeto, ou seja, tudo o que se referir a cada objeto específico no decorrer das entrevistas é agrupado em categorias (Bardin 1977).

As categorias temáticas escolhidas *a posteriori* para análise, a partir das perguntas e respostas das entrevistas, seguem abaixo. Tais categorias não foram formuladas em conjunto com representantes do Setor de Saúde e, sim, construídas, a partir dos resultados encontrados. Algumas destas categorias são apenas descritivas.

- *Organização do Setor de Saúde do Acampamento e Envolvimento das Famílias* •
- Situação de Saúde no Acampamento Padre Gino*
- *Estratégias para Resolução dos Problemas de Saúde*
- *Conceito de Saúde*
- *Avaliação do Atendimento no SUS*
- *Controle Social no SUS*
- *Práticas Complementares de Saúde Adotadas*
- *Motivação para Utilização de Plantas Medicinais*
- *Resgate de Práticas Complementares de Saúde pelo MST*
- *Horta Medicinal*

6.4.4 Escolha dos Participantes

Enquanto opção política libertadora, a Pesquisa Participante não pode reduzir os grupos populares a meros objetos de pesquisa, pois, segundo Freire (1986:37), “*o povo tem que participar na investigação como investigador e estudioso e não como mero objeto*”.

Para a aplicação dos questionários, 38 famílias e/ou pessoas, dos diferentes Núcleos de Base, me foram indicadas. Não procedi por uma escolha aleatória dos participantes, pois não dispunha, naquele momento, de uma lista de nomes a qual pudesse realizar um sorteio. No intuito de minimizar uma indução ao tema da Dissertação, antes da indicação dos nomes, nenhuma família sabia o objetivo do trabalho, apenas sabiam que era na temática da saúde. Cada Núcleo, então, indicou 3 ou 4 nomes a serem procurados posteriormente (no início desta pesquisa haviam 10 Núcleos, ao invés do atuais 6).

Para a realização das entrevistas foram selecionados alguns moradores e moradoras que haviam respondido o questionário anteriormente e foram, por mim, considerados como informantes-chave, além de outras pessoas que, ao longo da observação participante, também assim foram consideradas.

Todas as mulheres e homens que contribuíram com o trabalho através dos questionários e entrevistas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**Apêndice II**), aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Pesquisa René Rachou – Fiocruz (**Apêndice II**).

Para a utilização das imagens retiradas no Acampamento Padre Gino, bem como das pessoas, foi assinado o Termo de Consentimento de Uso de Imagem (**Apêndice II**)

6.4.5 Coleta de Plantas

As plantas apontadas com propriedades medicinais e utilizadas como opção terapêutica pelas famílias do Acampamento Padre Gino foram coletadas segundo o Manual de Coleta de Plantas em Reservas Extrativistas (Elisabetsky et al. 1995) e as orientações de Ming (1996). Estas plantas foram posteriormente identificadas pelo Prof. Marcos Sobral do Departamento de Botânica da Universidade Federal de Minas Gerais.

6.5 Material Educativo

6.5.1 Educação em Saúde e Educação Popular em Saúde

Segundo Brasil (1998), a Educação em Saúde consiste em prover aos indivíduos e às comunidades os meios necessários para que possam adotar um estilo de vida saudável, tendente à promover e proteger sua saúde. Para que isto seja alcançado, as pessoas devem poder identificar e satisfazer suas necessidades básicas em termos de saúde, devem ter capacidade para adotar mudanças de comportamentos, práticas e atitudes, além de dispor dos meios necessários à operacionalização dessas mudanças. *“Educar para a saúde significa contribuir para que as pessoas adquiram autonomia para identificar e utilizar as formas e os meios para preservar e melhorar a sua saúde.”* (p.21).

Para Schall & Struchiner (1999), o conceito de Educação em Saúde se sobrepõe ao conceito de promoção da saúde, sendo um processo que abrange a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob risco de adoecer. Para as autoras, educação em saúde deve ser algo amplo que possa incluir *“políticas públicas, ambientes apropriados e reorientação dos serviços de saúde para além dos tratamentos clínicos e curativos, assim como propostas pedagógicas libertadoras, comprometidas com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, orientando-se para ações cuja essência está na melhoria da qualidade de vida e na ‘promoção do homem’”*.

Dentro da Educação em Saúde, a Educação Popular aparece como um instrumento fundamental, pois integra ao setor de saúde à cultura da relação com as classes populares,

representando uma ruptura com a tradição autoritária e normatizadora (tecnicista) da educação sanitária²⁰.

A partir dos anos de 1970, Educação Popular em Saúde surge, então, como uma nova prática “*contra-hegemônica*”, contribuindo no pensar a saúde na perspectiva da integralidade, um dos princípios básicos do SUS (Sofhia 2001).

Segundo Sofhia (2001), a Educação Popular em Saúde não é apenas um meio capaz de modificar, verticalmente, comportamentos da população na esfera meramente individual para criar a “*cultura da saúde ou de vida saudável*”. A Educação Popular em Saúde busca a autonomia e o poder da população para a construção de processos participativos como uma prática social de organização da vida cotidiana.

Arroyo (2001) apresenta cinco pontos que servem de base para a Educação Popular em Saúde: i) diálogo entre os sujeitos; ii) educação como um processo de humanização; iii) resgate da humanidade roubada por fatores como a fome e o desemprego; iv) trabalho com a totalidade das dimensões do sujeito e não apenas com aspectos específicos (como comportamento, habilitação para o trabalho, qualificação para o mercado ou conscientização política) e v) busca de matrizes pedagógicas (condições de convívio, interação, etc.) apropriadas para criar eixos geradores da construção do sujeito.

²⁰ Educação Sanitária é o formato de educação muito utilizada pelos órgãos governamentais nas primeiras décadas do século XX, onde os serviços de educação em saúde se limitavam à atividades de publicação de panfletos e cartazes sobre assuntos de saúde e campanhas de vacinação em massa.

6.5.2 *Produção de Material Educativo na Ótica da Educação Popular em Saúde*

Uma das estratégias muito utilizadas em Educação em Saúde é a produção de materiais educativos. Segundo Brasil (1998), para que o material educativo possa ser efetivo na sua consecução é preciso que se identifique, com precisão, o público-alvo a que o mesmo se destina, a mensagem básica que se quer transmitir, a forma e o meio mais adequados para sua transmissão.

Vale destacar que o objetivo de um material educativo (na verdade, da própria Educação Popular em Saúde) não é, simplesmente, suprir de informações um grupo desprivilegiado das mesmas. Pois, como afirmam Gazzinelli et al. (2005), a aquisição de saber instituído não resulta, necessariamente, em mudança de comportamento. Portanto, Educação em Saúde não pode ser uma “*redefinição de valores numa direção pré-definida*” (Gazzinelli et al. 2005) e, sim, um ato mútuo de interlocução, valorização e troca de saberes e experiências.

Para o sucesso ou impacto positivo de algum trabalho educativo deve-se levar em consideração os valores, costumes, modelos, representações e símbolos sociais dos sujeitos, pois são estes fatores que levam a formas específicas de condutas e práticas (Gazzinelli et al. 2005). Sem colocar a representação dos sujeitos como centro da estratégia, muito pouco se vai avançar.

Para Gazzinelli et al. (2005) tem-se como consenso que tanto as representações definem as práticas como essas (re)constroem novas representações, o que implica em “*não se poder mais prever, explicar, inferir ou antecipar ações dos sujeitos a partir das suas representações, como anteriormente se fazia*”.

É exatamente dentro deste contexto de representações que surge a construção compartilhada do conhecimento. Segundo Carvalho et al. (2001:101),

“A construção compartilhada do conhecimento é uma metodologia desenvolvida na prática da Educação e Saúde que considera a experiência cotidiana dos atores envolvidos e tem por finalidade a conquista, pelos indivíduos e grupos populares, de maior poder e intervenção nas relações sociais que influenciam a qualidade de suas vidas.”.

E acrescentam que:

“A ideia de construção compartilhada do conhecimento implica um processo comunicacional e pedagógico entre sujeitos de saberes diferentes convivendo em

situações de interação e cooperação, que envolve o relacionamento entre pessoas ou grupos com experiências diversas, interesses, desejos, motivações coletivas.”
(Carvalho et al. 2001:103)

Sendo assim, as abordagens de Educação em Saúde devem superar as limitações de um enfoque exclusivamente baseado na capacidade dos indivíduos e outro centrado apenas na mobilização social e política, procurando incorporar aspectos complementares das distintas abordagens (Stotz 1993 apud Smeke & Oliveira 2001).

Neste sentido, as perspectivas de representações sociais e construção compartilhada do conhecimento, bem como as definições de Educação em Saúde e Educação Popular em Saúde, foram o fio condutor para elaboração do material educativo - um dos produtos desta Dissertação. A proposta é que este material educativo possa contribuir com a discussão de algumas questões de saúde entre as famílias residentes em acampamentos e assentamentos rurais, assim como na população em geral.

Resultados e Discussão



Óleo extraído do caule de *Jatropha multifida* L. (baspo),
atribuído como cicatrizante de machucados e feridas.
(Acampamento Padre Gino, Frei Inocêncio – MG)
(em 12/09/2004, por M. Gaia)

“Milhões de brasileiros se beneficiam diariamente do uso das plantas medicinais sem gastar um único tostão, além de não acarretar nenhum ônus aos cofres públicos. Essa cena se desenrola silenciosamente, tendo como pano de fundo a grande cratera que é a condução da política de saúde pública no Brasil. Ao manter contato com esses brasileiros simples, que realizam esse trabalho anônimo, tem-se a impressão que eles temem ser delatados, presos e queimados em praça pública por exercerem a caridade e o serviço desinteressado. (...) É um batalhão de homens e mulheres espalhados em milhares de municípios e comunidades, que fazem um trabalho equivalente ao de um exército. Cuida-se da saúde do vizinho, do amigo, de desconhecidos, da criança desnutrida, da verminose que grassa desavergonhadamente, sem esquecer aquela dor que desce pelos ombros desse povo simples, que literalmente carrega este mundo de meu Deus nas costas.”

Marcos Guião, 2003

Para melhor apresentação didática dos resultados, as categorias estabelecidas para análise das Entrevistas foram também acrescidas das informações levantadas na Observação Participante e nos Questionários. Demais informações que não foram englobadas nestas categorias serão inicialmente apresentadas.

Abro um parêntese aqui para relatar a minha dificuldade em conseguir apoio e informações no Setor de Saúde do MST, tanto estadual quanto nacional. Muito porque o Setor não está estruturado em Minas Gerais. Em geral, uma companheira (moradora do Acampamento Padre Gino) é citada como a referência estadual do Setor, mas a sua distância geográfica de Belo Horizonte (local da Secretaria Estadual do Movimento) e as dificuldades financeiras fazem que seu trabalho seja basicamente realizado na regional onde se encontra (Vale do Rio Doce). Ressalto que o apoio dela a mim foi incondicional, indispensável e muito gratificante. Se as dificuldades de contato já foram difíceis no Estado, a nível nacional, o contato foi praticamente nulo. São dezenas de prioridades e pouca gente para o trabalho no Setor, sendo assim, infelizmente, não consegui efetivar nenhum dos contatos que procurei.

7.1 Aspectos Gerais

A minha vivência no Acampamento Padre Gino para aplicação de Questionário e realização da Observação Participante e das Entrevistas ocorreu nos meses de janeiro, março, abril, junho, setembro e dezembro de 2004.

A observação do dia-a-dia das famílias do Acampamento foi livre, não sendo realizada com base em nenhum roteiro específico. Obviamente, procurei me inserir na vida das pessoas, tanto em casa quanto nas suas atividades, para aí poder perceber, aprender e conhecer as abordagens de saúde dentro do contexto familiar, social e, até mesmo, político.

Trinta e oito famílias do Acampamento responderam ao Questionário elaborado, sendo 11 homens e 27 mulheres os responsáveis pelas respostas (**Apêndice I, Fotos 10 e 11**).

Doze pessoas, sendo 8 mulheres e 4 homens, foram entrevistadas (**Apêndice I, Foto 12**). Entre estes existem participantes e ex-participantes do Setor de Saúde, bem como participantes de outros Setores ou Equipes do Acampamento. Alguns foram identificados através da aplicação do Questionário e os demais durante a Observação Participante.

O meu envolvimento com as famílias foi muito grande, principalmente devido à inserção lá, em geral, por bons períodos; em uma das idas ao Acampamento permaneci lá por 27 dias. Essa estratégia me permitiu penetrar naquela realidade de uma forma diferente, não

só como pesquisadora, mas também como amiga. Realidade esta que me foi revelada com seus códigos, representações sociais, significados.

Araújo (2000) afirma que a *“compreensão da visão de mundo da população pesquisada é fundamental para que se possa entender o sentido da utilização das ervas medicinais, dietas alimentares e restrições impostas às pessoas que atravessam momentos da vida em que cuidados especiais parecem necessários”*. Sei que a minha vivência lá, me permitiu ver o que, muitas vezes, questionários e entrevistas diretas não conseguem captar:

“Estar estes dias todos aqui, compartilhando a lona preta, o quiabo e as inúmeras variações com o milho, foram importantes para conhecer, perceber e entender um pouco dessa realidade não mostrada no preenchimento do questionário (por mais que eu tentasse ser o mais informal possível). Sentir o carinho das pessoas comigo foi tão importante quanto os ‘dados’ da dissertação. Tantas realidades, tantas origens e experiências, compartilhando esses 70 ha de terra tão sonhada” (Ac. Padre Gino, 26/01/2004, dois dias antes de finalizar a primeira ida a campo)

Em relação ao contexto político, a organização do MST oferece uma ampla rede de apoio social (o apoio social é algo amplamente discutido por Valla 1999). Se em alguma casa acabou o óleo, se alguém está passando mal e precisa ser levado com urgência à cidade, se uma criança não tem caderno para estudar, entre tantos outros exemplos, é fácil ver a mobilização para garantir a alimentação, o transporte para o hospital, o estudo. E esta mobilização é incentivada e desenvolvida pelos acampados e acampadas, militantes políticos ou não do Movimento, na construção de uma verdadeira teia de solidariedade.

A Observação Participante me motivou também a participar de alguns eventos religiosos e festivos das famílias. Em uma ocasião, assisti um culto evangélico:

“(...) e também lá, além de assistir um momento de demonstração de fé, vi também mais um ‘ritual’ de saúde. Na oratória do Pastor, ele sempre frizava o apego à fé e a Deus para eliminação das enfermidades, dos males do corpo (citados por ele, AIDS, câncer, tuberculose, etc.)” (Ac. Padre Gino, 26/03/2004)

7.1.1 Características Individuais, Familiares, do Domicílio e do Ambiente

Entre as pessoas que responderam ao Questionário, todos residem na área desde o ano de 2002 (no mês da ocupação e nos meses posteriores) e, em maioria, são naturais de cidades vizinhas ao Acampamento. Duas pessoas já haviam morado em outro acampamento: uma em uma área do MST e outra em um acampamento urbano do Movimento dos Sem Teto. Treze entrevistados têm outros parentes na área que são igualmente candidatos ao benefício da Reforma Agrária.

A amostra conseguiu retratar bem a realidade do Acampamento Padre Gino, sendo que foram entrevistadas pessoas solteiras, casadas, viúvas e desquitadas, arrimos ou não de família, mães e pais que sozinhos tomam conta da casa e dos filhos. A média da idade das pessoas que responderam ao Questionário foi de 41 anos, sendo que esta variou entre 16 e 59 anos.

Uma média de quatro filhos por família, entre os entrevistados, foi constatada, havendo uma variação de 0 a 13 filhos, mas nem todos residem na área. O número médio de pessoas por família que residem no Acampamento, entre os entrevistados, foi de 3,5 pessoas (variando de 1 a 9 pessoas/família), sendo os demais moradores, cônjuge, filhos, netos, sobrinhos, irmãos, enteados, sogros e até amigos. Vale ressaltar que muitas famílias do Acampamento são compostas por apenas uma pessoa, pois, devido à instabilidade da situação, muitos homens e mulheres ficam sozinhas na área, na expectativa de trazer os demais da família quando a situação fundiária estiver regularizada.

Entre os entrevistados, 84,2% (32 pessoas) tem o Ensino Fundamental incompleto, 7,9% (3 pessoas) com Ensino Médio completo, 2,6% (1 pessoa) com Ensino Fundamental completo, 2,6% com Ensino Superior completo e 2,6% analfabeto. A média de anos de estudo entre os entrevistados foi de quatro anos, retratando a realidade do nosso país em relação à escolaridade.

Quanto à ocupação profissional, 37 entrevistados se identificaram como trabalhadores e trabalhadoras rurais e uma mulher é professora na escola da cidade. Nota-se que entre as mulheres que se identificaram como trabalhadoras rurais, todas se identificaram também como donas-de-casa. A maioria dos entrevistados, bem como os demais moradores do Acampamento, trabalham esporadicamente ou periodicamente em serviços externos (diarista de fazenda, serviços gerais, vaqueiro, servente escolar, etc.), em busca de uma renda extra para complementar a que já é mínima, obtida através da comercialização de seus produtos agropecuários.

Entre as famílias do Questionário, a maioria possui fogão a gás além do fogão de lenha (que é mais frequentemente utilizado). Dessezeis entrevistados possuem rádio, quatro possuem televisão (à bateria) e dois possuem telefone celular (não existe telefone público ou fixo na área). Dois entrevistados possuem automóvel (moto ou carro).

Dez famílias possuem filtro para água, mas, em geral, sem vela. Não foram raras as vezes que me foi relatado que filtrar a água não faz diferença nenhuma na diminuição de eventuais contaminações. O hábito de ferver a água antes do consumo é igualmente raro – na verdade, nos meus dias de vivência no Acampamento não presenciei nenhuma vez este evento. Tal situação retrata a necessidade de trabalhos futuros com ênfase em saúde básica na área (saneamento, higiene e cuidados pessoais, etc.).

As demais características gerais observadas já foram apresentadas na descrição do local do estudo.

7.2 Categorias

Seguem adiante as categorias temáticas estabelecidas para análise das Entrevistas, inclusive as categorias descritivas, acrescidas de informações provenientes também do Questionário e da Observação Participante.

Nas transcrições, a letra E seguida de um número (exemplo: E1) representa manifestação dada em uma das Entrevistas e as manifestações que surgiram no Questionário são representadas ao final da fala pelo sexo e idade da pessoa que forneceu a observação.

7.2.1 Organização do Setor de Saúde do Acampamento e Envolvimento das Famílias

Vale destacar que o Setor de Saúde local estava bem desestruturado quando iniciei a vivência. Muitas pessoas que eram entrevistadas, nem sabiam quem atualmente participava do Setor – ou se pelo menos ele ainda existia.

De uma certa forma, a minha presença lá contribuiu para a retomada ou realização de algumas atividades. Com a realização de questionários e entrevistas, algumas pessoas se sentiram motivadas com o Setor e organizaram reuniões e um dia de discussão (Oficina da Saúde – a ser discutido mais adiante nesta categoria).

Segundo a própria companheira-referência (em março de 2004), o Setor de Saúde não estava funcionando bem e ainda era preciso fazer um planejamento das atividades do ano.

Anteriormente, cada pessoa tinha uma ficha onde eram anotados os seus problemas de saúde, idas ao hospital, remédios prescritos, etc. Estas fichas foram perdidas na última mudança do Acampamento, em outubro de 2003. As fichas possibilitavam o acompanhamento da situação de saúde dos membros de todas as famílias de uma forma mais sistematizada, anotando o problema, o que a pessoa buscou para resolver o problema e o tratamento utilizado.

Entre as propostas vislumbradas, para 2004, pelo Setor estavam: construção de uma horta medicinal comunitária, realização de “Oficinas de Saúde” (para discussão do assunto, fabricação de remédios caseiros, etc.), retomada das fichas de acompanhamento e da parceria com a Pastoral da Criança (para trabalhar as questões nutricionais – outro gargalo da situação de saúde do Acampamento).

Em março de 2004, quando as primeiras entrevistas foram realizadas, todos os relatos se referiram a esta desestruturação do Setor de Saúde do Acampamento. Tal desestruturação foi mencionada pelos próprios membros do Setor e por entrevistados que não faziam parte deste. Segundo os participantes do Setor, naquele momento ainda não havia sido feita a reunião de planejamento das atividades do ano e por isso as ações e os responsáveis ainda não haviam sido definidos. Já os demais, não sabiam ao menos citar quais eram os representantes dos Núcleos de família no Setor de Saúde, nem mesmo os do próprio Núcleo que faziam parte.

“Agora não tá sendo mais referência, por que como nós tivemos vários problemas, o coletivo tá desarticulado e não é mais uma referência.(...) Já foi uma referência. Ninguém ia para o hospital sem a gente saber que tava indo, nenhuma pessoa tomava um remédio sem o acompanhamento do Coletivo. E agora no momento a gente não tá conseguindo ter esse controle, por causa da desorganização da gente. Mas nós agora com a retomada nós vamos tá... porque é importante a gente saber qual o tipo de doença que a pessoa tem e porque que foi pro hospital e porque que várias pessoas vão pro hospital tantas vezes enquanto outras tão aqui a dois anos e nunca precisaram ir no médico. O que essas pessoas tem de fato, né, que tão sempre doentes. Então eu acho que esse é um trabalho que nós vamos retomar agora.” (E1)

Na verdade, não saber quem faz parte do Setor foi algo bem comum. Quando perguntados, a maioria dos entrevistados citavam 2 ou 3 pessoas, em geral, como participantes do Setor de Saúde. As entrevistas posteriores, como as de setembro de 2004,

igualmente demonstraram que as pessoas não sabiam quem fazia parte do Setor de Saúde do Acampamento.

Em geral, quando alguém tem um problema de saúde e não consegue resolvê-lo com os recursos que possui, procura por alguém do Setor de Saúde. Esta procura pode ser para aprender algum remédio caseiro, para aquisição (financeira ou material) de algum medicamento alopático, para arrumar transporte para levar alguém doente para o hospital na cidade ou para discutir e resolver alguma situação que esteja afetando a saúde das famílias (por exemplo, a quantidade de cachorros, a qualidade da água, etc.).

O Setor de Saúde é visto como algo importante e fundamental para o Acampamento, mas, este não é reconhecido na sua totalidade, e sim, na figura de algumas pessoas que realizam um trabalho de destaque para as demais famílias da área. Quem é solidário com a doença do outro, ou seja, se preocupa, luta pelo atendimento e remédio, entre outros fatores, é reconhecido como alguém que deve integrar o Setor e merecedor de admiração. E estas pessoas são a referência para a busca de solução para os problemas da saúde.

“As nossas atividades era de ajudar as pessoas que precisassem de ir num médico, igual às vezes, um remédio caseiro, a gente fazia para a pessoa. Essa é que era a nossa atividade.” (E2)

“[as famílias] procuram sim. Procura e o pessoal tenta fazer o que pode, né?! Hoje mesmo teve aqui um rapaz pedindo pra que eu chamasse o carro pra levar o senhor que tava doente, tava passando mal. Então é assim, eles procuram e a pessoa faz o que tá no alcance. Se tem um remédio que pode fazer um tratamento ali imediato até chegar no médico, se é do conhecimento...” (E4)

“Problema de saúde, quando chega de acontecer, alguém adoece aí a gente procura a equipe da saúde, toma providência, leva para hospital e vê o que que dá para fazer.” (E5)

“O coletivo de saúde geralmente acompanha o tratamento de saúde das pessoas, orienta, né, a fazer os remédio caseiro.. Então é a participação é em massa mesmo, porque nós vivemos disso, vivemos dessa medicina alternativa. Só em ultimo caso que a gente vai procurar outro recurso.(...) Geralmente, em cada núcleo tem um participante da comissão de saúde, né. Aí as vezes a pessoa mora perto ou fica sabendo que fulano de tal é, manda logo falar com fulano de

tal; “oh, a dona aqui ta passando mal” Ele logo olha o estado da pessoa e passa logo pro coordenador que vai tomar os encaminhamento necessário.”
(E12)

Um entrevistado citou que mesmo o Setor, ou pelo menos parte dele, estando a disposição para ajudar na resolução dos problemas de saúde, algumas pessoas não tem o hábito de procurar por algum tipo de ajuda:

“Muitas vezes a gente tem que adivinhar, né, que não procura a gente, até pelo motivo de ser remédio da medicina alternativa, né, e é de graça, porque se cobrasse, acho que procurava. Valorizava... com certeza. E aí não procura a gente, depois quando vê que chega um médico aqui, o cara ta... - igual aconteceu com uma dona aqui, tava quase morrendo – mas também não procura, sabe que a gente é da área da saúde, que é um Coletivo, mas não procura ninguém. E a gente caba tomando um sabão, às vezes, sem merecer até. (...)A gente não tem bola de cristal pra adivinhar, a pessoa não procura a gente, eu não sabia, ninguém de nós sabia que ela tomava remédio controlado e que tava sem. Se tivesse, com certeza a gente teria dado um jeito de levar lá, ou qualquer coisa. E aí, ela [a enfermeira do PSF] veio cobrar que tem que ter uma pessoa pra acompanhar, já... então a gente vai ter que fazer uma manifestação e ir pra lá e exigir que venha um agente de saúde aqui pra dentro aqui, pra ta tirando pressão... ou pelo menos o aparelho, dando o aparelho, a gente vai passar a fazer todo os dia..” (E9)

Foi notada uma preocupação em não resolver os problemas sozinhos ou apenas com os recursos do Acampamento (como por exemplo, as plantas medicinais). Em situações urgentes ou mais graves as pessoas do Setor de Saúde providenciam, imediatamente, o socorro no serviço de saúde da cidade. Isso pode ser observado no relato de um dos entrevistados, ex-participante do Setor:

“Olha, isso depende geralmente, a gente não é médico, não é formado na área específica, mas a gente primeiro vai ver a pessoa, vai visitar a pessoa e ver o estado dela. Se for uma coisa simples que ela contar, que começou com isso ou

aquilo, a gente vai fazer o tratamento alternativo, se agente ver que o caso é grave ou um caso que inspira maiores cuidados, a gente automaticamente, imediatamente, encaminha lá para o pronto-socorro lá do Frei e lá eles toma as devidas providências. Aqui, quando iniciamos, que nós viemos lá do outro acampamento lá em cima, eu tive, eu enfrentei logo de cara um envenenamento de criança, era 4 ou 5 meninos, todos eles envenenaram com mandioca por causa do ácido cianídrico que a mandioca tem e é um produto altamente tóxico. E as pessoas chegaram aqui de manhã, com fome, né, viu aqueles pé de mandioca bonito na beira da estrada e a mãe colheu e cozinhou com todo prazer para as crianças. Eles comeram mandioca quase o dia todo, mas quando foi ali por volta de 6 horas da tarde, cinco e meia seis horas, as crianças deram sintoma bravo mesmo da intoxicação. Aí, eu cheguei, me chamaram porque na época eu era coordenador, eu olhei as crianças e conheci logo a mandioca brava, a rei do sono. A rei do sono e a periquito. Aí, ‘não, não tem jeito, nós não temos recurso pra isso aqui não’, aí eu acionei as pessoas que tava aqui com carro e imediatamente levaram pro Frei, lá pro pronto-socorro. Chego no pronto-socorro, o caso deles era tão grave que o médico mandou eles pra Valadares, nem o médico não quis mexer neles não. Não sei se ele não tinha o remédio ou alguma coisa, mas ele encaminhou as crianças pra lá. E as crianças ficaram mais de uma semana lá, internada. A mandioca é muito brava, se eu tentasse, não tivesse um pouquinho de conhecimento dos sintoma, eles ia acabar morrendo, quando fosse ali 8 ou 9 horas da noite eles tava morto. Era um arraso aqui pro nosso acampamento perder 3 ou 4 crianças, fora os outros que era maiorzinho que tava mais resistente. Mas aí encaminhou e eles ficaram lá e vieram com saúde, graças a Deus” (E12)

Em uma reunião do Setor de Saúde que participei, em 31 de março de 2004, foi feito um “*relato da saúde*” de cada Núcleo. Cada representante de Núcleo relatava como estava a situação de saúde de cada membro de seu Núcleo.

“Em termos gerais, os problemas mais citados foram; problemas respiratórios (bronquite, pneumonia, asma), micoses (causada, segundo algumas pessoas, devido ao contato contínuo com os cachorros²¹) e viroses.

²¹ A uma estranha crença local de que as micoses são causadas pelo contato com os diversos cães da área e, não, pelo contato com a água de qualidade discutível.

Como resolver esses problemas era a questão colocada. Foi proposta a realização de uma oficina no próximo sábado (03/04) para a produção de remédios (pomadas, xaropes e xampus), da seguinte forma: xaropes para gripe e bronquite, pomadas para micose, antialérgicas e cicatrizantes e xampus para limpar feridas e machucados e também para piolhos. A oficina foi marcada para o sábado, 03/04/04, de 08-11h e 13-16h, na Escola, sendo os participantes os representantes do Coletivo Local de Saúde e mais 1 pessoa/núcleo.” (Ac. Padre Gino, 31/03/2004)

Uma outra discussão desta reunião foi à construção da “*Barraca da Saúde*”, local para funcionamento da farmacinha (para fabricação e armazenamento dos medicamentos), onde ocorreriam os atendimentos do PSF (que atualmente ocorrem na Escola) e local de reunião para o Setor. Até dezembro de 2004 está barraca não havia sido construída.

Por ocasião de minha vivência e estimulada pelo tema desta Dissertação, a companheira-referência do Setor de Saúde do Acampamento propôs a realização de uma Oficina da Saúde²². Nesta Oficina, 14 pessoas (responsáveis e/ou interessadas pelas questões do Setor) estiveram presentes na parte da manhã e 19 na parte da tarde. O período da manhã foi destinado para as discussões teóricas e a parte prática (produção de pomadas) ocorreu à tarde (**Apêndice I, Fotos 7, 8 e 9**). Na Mística²³ de abertura, cada participante que chegava trazia consigo três plantas que conhecia com finalidades medicinais e relatavam para que as utilizavam. As plantas citadas na Mística, bem como as demais observadas no dia-a-dia com as famílias, estão citadas, na parte específica dos resultados sobre plantas medicinais.

Na parte teórica foram discutidos os problemas de saúde do Acampamento, as possibilidades para resolvê-los, hábitos saudáveis de vida e alimentação, bioenergética, informações adequadas para potencializar o efeito dos medicamentos feitos a partir de plantas (horário para coleta, secagem e armazenamento, dosagem, formas de preparo, etc.).

Os participantes interagem constantemente com a explicação, contando seus exemplos pessoais ou familiares de adoecimento e cura. Como as pessoas se sentiam parte do problema, ficou mais fácil a aproximação e discussão do tema abordado.

Na atividade prática da Oficina, foram produzidas as seguintes pomadas:

²² Vale destacar que o desenvolvimento desta Oficina não foi uma proposta desta Dissertação, apenas acompanhei e relatei a atividade.

²³ A mística para o MST é um momento cultural onde as lutas, esperanças e símbolos são representados.

- 1) Pomada de Salsa: cicatrizante – para rachadura nos pés, lábios, bico dos seios, assaduras e machucados.
- 2) Pomada de Espirradeira: para amadurecer furúnculo, coceira, unheiro e micose.
- 3) Pomada de Couve-de-Veado: para amadurecer furúnculo, coceira, unheiro e micose.
- 4) Pomada de Trançagem: para curar feridas velhas (psoríase).

Para estas pomadas, segue adiante o procedimento utilizado:

• Ingredientes:

- um maço da planta (por exemplo: salsa, espirradeira, trançagem, couve de veado, calêndula);
- 100 gramas de cera de abelha (pode-se usar glicerina também);
- 50 gramas de breu;
- 1 litro de óleo de soja (ou óleo de girassol ou óleo de milho);
- 50 gotas de própolis.

• Modo de preparo

- Lavar as ervas e fritar no óleo (até ficar “*torradinha*”);
- Escorrer e descartar as ervas;
- Misturar a cera e o breu no óleo (enquanto este ainda está quente);
- Bater até ficar cremoso;
- Acrescentar o própolis;
- Guardar em vidro seco.

Não foi possível verificar se o procedimento utilizado para a produção de pomadas é correto (devido a fritura da planta, que pode levar a desnaturação ou perda do princípio ativo).

Outras receitas e dicas também foram ensinadas na Oficina:

Chás em geral:

- Quantidade de folha a ser usada para uma xícara: um quarto da palma da mão;
- Evitar vasilhas de alumínio e plástico (preferir canecas esmaltada, ferro ou barro);
- Não aproveitar chá do dia anterior;
- Coletar as plantas até as 10:00 horas;
- Chás de raízes e talos grossos pode ser fervido;
- Chás de folhas fazer infusão (abafar por 20 minutos e coar em seguida).

Xarope para tosse:

- Ralar a cenoura ou a beterraba;
- Acrescentar mel (ou rapadura ou açúcar) – 2 ou 3 colheres;
- Colocar num vidro e deixar descansar;
- Tomar uma colher de hora em hora e no final do dia comer a cenoura ou a beterraba;
- Fazer no final da tarde e começar a tomar no outro dia pela manhã.

Xarope de cebola:

- Cortar ou ralar 1 cebola;
- Colocar num vidro com mel ou rapadura ou açúcar;
- Fazer a noite para utilizar no dia seguinte.

Pode-se observar que no Acampamento Padre Gino, além da transmissão vertical de conhecimento (entre as gerações), ocorre também, como determina Amorozo (1996), o conhecimento horizontal, entre os sujeitos de uma mesma geração. As oficinas e reuniões do Setor de Saúde (local, regional e estadual) funcionam como transmissão horizontal do conhecimento sobre plantas medicinais e outras práticas complementares de saúde.

7.2.2 Situação de Saúde no Acampamento Padre Gino

No Questionário, quando perguntadas sobre a morbidade referida pessoal ou familiar, 39,5% (15 pessoas) se lembraram de algum problema de saúde que acometeu alguém da família na última semana (semana anterior à resposta do questionário), 18,4% (7 pessoas) se lembraram de algum problema de saúde no último mês e 34,2% (13 pessoas), nos últimos tempos (espaço de tempo indeterminado). Em geral, os problemas de saúde citados foram

sintomas relacionados à gripe (febre, dor de cabeça, dor de garganta, bronquite, etc), problemas de estômago e rins, problemas de pressão alta, dores nos membros e dengue.

Estes resultados vão de acordo com os resultados sobre morbidade referida de algumas famílias de um acampamento do MST no Rio de Janeiro, onde as doenças que apareceram preferencialmente no relato dos entrevistados foram bronquite e hipertensão arterial (Esteves 2002).

Entre os meses de março e abril de 2004, houve um surto de dengue na cidade de Frei Inocêncio. A maioria das pessoas que freqüentemente iam à cidade seja para estudo, trabalho ou visitas familiares, contraíram o vírus. Segundo a Vigilância Epidemiológica do município não foram encontrados focos do mosquito transmissor no Acampamento Padre Gino (comunicação pessoal).

Nas crianças é muito comum encontrar micoses, proveniente do contato com a água do córrego, e aspectos visuais de contaminação por verminoses (barriga dilatada, cabelo ressecado e com aspecto quebradiço, etc.).

São muitas as crianças que moram no Acampamento Padre Gino, inclusive recém-nascidos. No meu primeiro mês lá (janeiro de 2004), cinco mulheres estavam grávidas. Uma delas entrou em trabalho de parto e ganhou a criança no próprio Acampamento. Todas as cinco crianças que nasceram durante meus meses no Acampamento Padre Gino estavam com seu primeiro ano completo na época da defesa desta Dissertação.

A questão do planejamento familiar, ou melhor, a falta do adequado planejamento familiar, foi um fator que me chamou muito a atenção. Em geral, as famílias com mais restrições financeiras são as que têm mais filhos (e ainda continuam a ter) e não recebem nenhuma orientação profissional sobre o controle da natalidade. A única possibilidade de interromper ou amenizar este processo é a oferta, pelo hospital municipal, da ligadura das trompas na realização do parto, sem nenhum tipo de trabalho educativo. Sabe-se que a ligadura é uma das intervenções menos recomendadas devido à irreversibilidade do processo, na maioria dos casos.

Alguns fatores ou situações foram apontados como influenciando diretamente a saúde das famílias do Acampamento Padre Gino, entre estes, principalmente, questões ligadas ao ambiente e à situação precária em que vivem (a precariedade está basicamente relacionada às condições de saneamento básico e moradia).

A atual condição de moradia é percebida como um fator de diminuição para a saúde das famílias e a instalação futura e definitiva na área é vista como uma das possibilidades de restabelecimento de condições ideais à saúde:

“(...) outro problema é a lona que é muito quente, e as famílias precisam arrumar um jeito de a barraca ficar menos quente, pra não atacar tanto o fígado...” (E1)

“Cê morar debaixo de uma lona dessa aqui não é fácil. Pra quem já tem problema de saúde... pega uma lona dessa quente, 24 horas no lombo, não é brincadeira não, isso aí é bem prejudicial.” (E9)

“Pra melhorar assim só se a gente pudesse fazer outros barraco, tirar os bambu, né... botá madeira, coloca teia [telha], só que é difícil. Vai te que ficá até quando a gente recebe algum recurso pra fazer um barraco, né, um barraco melhor. Porque agora tem que vive assim até a gente controlá.” (E3)

“O problema dessa lona não faz a gente fica bem não, né. Porque quando eu passei a mora debaixo da lona, eu fico com dor de cabeça por causa do calor. Eu acho que a água é muito boa, a água de nós beber é friinha. Mas a água do rio, se entrar nela, a gente pega febre. (...) Lixo na beira de casa é porqueira. Então o aseio é bem melhor, né. (...)” (E11)

Uma entrevistada relatou que a proximidade dos barracos contribuiu para um pequeno surto de tuberculose na fase inicial do Acampamento:

“Aqui nós tivemos alguns casos de tuberculose e ficamos bastante preocupados porque num local desse onde tanta gente mora tão pertinho, convive num mesmo ambiente, aí um caso de tuberculose pode contaminar várias pessoas. Mas a gente tá cuidando com carinho, essa pessoas... essas 2 pessoas já tão bem melhores, as famílias ...” (E1)

A conquista definitiva da terra e, conseqüente estabilização financeira e produtiva, é percebida como bem-vinda para melhorar a atual situação de saúde das famílias do Acampamento:

“E a coisa que piora mais a saúde aqui é que a gente vive em situação precária e a questão da alimentação.. se a gente não puder produzir, e não puder ter uma alimentação boa, com certeza vai ter muita gente com anemia, vai ter muita gente com outras doenças causada pela falta de alimentação ou pela alimentação inadequada. E aí a gente precisa melhorar aqui fazendo hortas, melhorar o espaço de lazer para que as pessoas possam viver melhor, pra que a gente possa evitar um pouco essas doenças.” (E1)

“Ah, na realidade falta muita coisa, né, porque realmente nós não temos nada organizado ainda, né. Nós estamos aí no princípio, né, quase todo mundo aqui moramo em barraca de lona, nós não temo ainda um banheiro sanitário direitinho, pra ajudar na saúde, nós não temo filtro de água, então todo mundo fraco, cansado aí, de dinheiro, pra comprá... cada um te direito a um... então nós lá vai começando aos pouco, vamo chega aí no meta, com fé em Deus, de nós todo mundo tê o nosso banheiro sanitário, nossa casinha no lugar direito, um filtro, pra podê tê a nossa água filtrada, porque nós também samo [somos] pessoa, samo gente, né, nós merecemos...” (E7)

Apesar da situação conflituosa com a proprietária da Fazenda e da instabilidade econômica e social, 63,2% das pessoas que responderam ao Questionário (24 pessoas) perceberam uma alteração positiva da saúde após a entrada no Acampamento Padre Gino. Esta visão positiva está muito associada à qualidade do ar, a um ambiente mais tranquilo, pela possibilidade de trabalho na roça e produção de alimentação para o consumo familiar, por menores gastos financeiros do que quando moravam na cidade e pela rede de apoio social que ampara as pessoas em situações limite, como doença e fome, através do trabalho dos Setores e Equipes.

“...a saúde das pessoas aqui é muito boa, o ar é mais puro que na cidade, aqui no Movimento você fica livre.” (homem, 16 anos)

“Melhora a saúde, aqui é mais estável, mais ventilado. Na rua tem muita conversa, briga, decepção... Aqui é muito tranquilo.” (mulher, 56 anos)

"Melhora, porque aqui cê tá mais sossegado, não tem aquele barulho, cê dorme mais cedo... fica com a cabeça mais fresca." (homem, 50 anos)

"Temos o setor de saúde aqui que monitora a saúde das pessoas, por exemplo, acompanhamento da situação nutricional das crianças, providenciar ficha para atendimento na cidade, providenciar carro" (homem, 22 anos)

"Não faz diferença nenhuma, tudo o que a gente precisa na área de saúde, de comida, tem, não é fácil não, mas consegue as coisas." (homem, 42 anos)

"Aqui pra mim é melhor, a única coisa que eu sinto falta mesmo é a luz. Na minha casa [na cidade] tem mais conforto, mas aqui é melhor." (mulher, 50 anos)

"Pra mim melhorou, eu era deprimida antes, agora melhorou, eu até engordei." (mulher, 46 anos)

"Pra mim, eu achei uma maravilha, quando eu tava fora do acampamento eu tinha uma vida muito agitada. Até as crianças, quando chegou no acampamento, tudo com bronquite, agora tá tudo saudia [sadia], tudo forte mesmo..." (mulher, 47 anos)

"Acho que foi mais para melhorar do que para piorar, aqui as pessoas tem a oportunidade de trabalhar na roça e senti mais feliz." (mulher, 49 anos)

"Eu acho que quem tá aqui tá melhor do que na rua. Tem um pedacinho de terra pra plantar,... plantar uma mandioca... Deus me livre de rua." (homem, 42 anos)

Mesmo aquelas pessoas que se referiram aos problemas que o Acampamento podem causar à saúde, não encaram estes problemas como fundamentais para abandono da causa. Em geral, as dificuldades estão associadas à falta de infra-estrutura básica (energia elétrica, água tratada, saneamento, moradia adequada, banheiro, etc.), à acomodação inadequada do lixo e falta de medidas de higiene por parte de algumas famílias, pelas noites de sono perdidas nas

vigias e pela presença de alguns animais indesejáveis (rato, cobra, escorpião, etc.). Já a qualidade da água provoca reações distintas quanto à situação de saúde, sendo encarada tanto como um problema quanto como algo indiferente à saúde:

“(...) porque aqui não é todo mundo que tem cuidado com o lixo. Não é todo mundo que tem cuidado com a água. Não procura tampar. Não é todo mundo que tem cuidado com os vasilhames no quintal. Então, isso prejudica muito... não é todo mundo que tem cuidado com seus próprios barracos, deixam sujo...” (E4)

"As condições de saúde não são tão boas assim: fica pisando no barro sujo, água suja, pó de bambu. (...) Isso aqui prejudica tudo, você tem que preocupar com a limpeza, tem escorpião, tem cobra." (mulher, 44 anos)

"... a gente sente muita falta de uma casa, com piso, banheiro... não é brincado não, minha filha." (mulher, 39 anos)

"Faz diferença. Todo mundo que mora debaixo da lona tem problemas nos rins, por causa da caloria. Tem que beber muita água, comer menos sal. (...) Outro problema aqui é a água, não tratada [mas nunca houve surto de diarreia na área]." (mulher, 46 anos)

"A água é um problema e nós temos que melhorar um pouco a água aqui..." (E1)

"Não, pra mim graças a Deus. A água nunca teve trapalhação assim, pra mim sempre toda vida foi saúde porque ainda não vi ninguém senti mal." (E3)

"A água mesmo, não é água tratada, então as pessoas têm que ter muito cuidado. A pessoa tem que lavar as vasilhas direitinho, orientar nesse sentido, né. A casa geralmente é de lona, então não tem jeito, a criancinha quando é muito nova, ela costuma passar mal, mas depois adapta. Porque o calor da lona geralmente atinge as pessoas também. Ai é onde pode haver uma dor de barriga, uma dor de cabeça, um mal estar qualquer, por causa desses fatores da temperatura. Uma pessoa que morou na cidade, com todo

conforto e entrar numa barraca de lona, ele logo vai ter um choque com a natureza aqui. Onde tem que ter muito cuidado, e a gente da equipe de saúde geralmente orienta muito nesse sentido. Eu quando estava, eu olhava muito esse lado: olha não pode fazer isso e aquilo, higiene total, a água se puder ferve, se não puder, faz um filtro alternativo, mas não toma assim de qualquer jeito vai chegando e vai tomando. E aí controlou bastante.” (E12)

Estas citações retratam a interligação direta das condições de moradia com a situação de saúde de uma família. A condição limitada de moradia não é vista como um problema para o abandono do Acampamento, mas é desejada enquanto um dos agentes causadores dos problemas de saúde. A conquista de uma infra-estrutura mínima pode refletir positivamente nos níveis de saúde das famílias.

7.2.3 Estratégias para Resolução dos Problemas de Saúde

Assim como observado na vivência com as famílias e nas respostas do Questionário, as possibilidades para a resolução dos problemas de saúde, apontadas pelas Entrevistas, foram: a busca pelos serviços do SUS na cidade de Frei Inocêncio e, em raríssimos casos, o atendimento particular, e a utilização de práticas complementares de saúde (plantas medicinais, bioenergética, tratamento com argila, orações, benzeções e alimentação adequada).

As campanhas de vacinação infantis e de animais (cães e gatos) ocorrem no próprio Acampamento, em geral.

Em geral, as famílias procuram o posto de saúde na cidade de Frei Inocêncio para realização de consultas e exames, o pronto-socorro do hospital para os atendimentos de emergência e recebem visitas dos profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF) (médico e enfermeira ou auxiliar de enfermagem).

Mesmo sem uma periodicidade definida, em média, ocorrem visitas quinzenais da equipe do PSF ao Acampamento Padre Gino. Quando a visita da equipe do PSF é confirmada, uma pessoa fica responsável por fazer a lista das pessoas que precisam de atendimento. Em geral, 15 a 20 pessoas são atendidas por visita. Quando o médico prescreve algum medicamento, a pessoa vai até a farmácia do posto de saúde na cidade em busca do remédio. Encontrar o remédio é outra incógnita, às vezes tem, às vezes não.

Em casos de extrema urgência, como extração de um dente dolorido, procura-se um atendimento particular. Isso pode ser observado nos comentários abaixo:

"Quando é caso mais grave a gente vai pro Frei, pro hospital." (mulher, 47 anos)

"Quando tem que resolver mais rápido tem que pagar, senão vai pelo SUS." (mulher, 35 anos)

No Questionário, os medicamentos citados para “*resolver por ali mesmo*” os problemas de saúde foram chás e xaropes feitos a partir de folhas e/ou demais partes da planta, orações (fazer uma oração antes de tomar o chá) e soro caseiro (para diarreia e vômitos).

Não foram raras as vezes que as pessoas me contavam sobre algum remédio que tinham feito, principalmente para os filhos e netos (**Apêndice I, Foto 6**): mel de angico para acabar com rouquidão e “*chieira no peito*”, santa-maria para lesão no dedo, funcho, erva-cidreira, macelinha, hortelã e poejo num chazinho para acalmar o neném (estes e outros exemplos podem ser observados na **Tabela 2**, na parte específica dos resultados sobre plantas medicinais). Plantas e receitas são trocadas livremente entre vizinhos, ajudando a reforçar os laços sociais.

“D. Neuza me mostrou hoje que machucou o pé dentro do Péla [córrego], ao pisar numa pedra. Fez uma compressa de folha de pimenta malagueta, pôs sobre o ferimento e enrolou o pé com uma faixa. Mais uma demonstração da resolução dos problemas de saúde através dos remédios do mato. (...)”* (Ac. Padre Gino, 26/03/2004) (* nome fictício)

“Não é preciso procurar muito para perceber como as pessoas resolvem os seus problemas de saúde aqui. Acabei de encontrar D. Madalena pegando umas folhagens na rua, segundo ela “é para uma companheira que está com umas manchas”. Ela não sabe o nome da planta, mas disse que é só por as folhas no álcool por uns 2 dias e depois passar nas manchas.”* (Ac. Padre Gino, 30/03/2004) (* nomes fictícios)

“(...) mas ontem, essa minha andança serviu também para a ‘observação participante’. Em quatro casas especificamente tive mais “aulas” dessa medicina popular. Na casa da D. Madalena, ela me mostrou o seu quintal cheio de espécimes medicinais – funcho, erva-cidreira, hortelã, losna, boldo, babosa, entre outros. Lá na Aparecida*, aprendi mais um tanto de planta usada para fins terapêuticos: saião para gripe, açafraão para anemia, etc. A Catarina* [uma das crianças que nasceu em fevereiro/2004] tá bem gripadinha, e, para resolver a coriza e os olhos escorrendo, a mãe [Aparecida*] fez um chazinho com funcho, hortelã e saião. Segundo ela, a menina melhorou muito. Quando fui dar o meu ‘oi’ para a Helena*, cheguei bem na hora que ela estava fazendo um teste de bioenergética na companheira do S. Pedro* e logo em seguida disse: “tenho 90% de certeza de que você está grávida. Não cuidou, agora cria.”. Helena* pediu para ela voltar daqui umas duas semanas para ter certeza do diagnóstico. Complicado ter mais filhos na situação de quem mora nesse Acampamento. Mas, talvez seja complicado para mim que tenho um outro padrão e venho de uma outra realidade. A Helena* se mostrou bastante preocupada com essa situação de mais uma gestação em tempos tão difíceis.” (Ac. Padre Gino, 07/09/2004) (* nomes fictícios)*

O hábito da automedicação e de receber indicações de atendentes de farmácia são frequentes entre as famílias.

Percebi um sincretismo harmonioso entre as diferentes possibilidades de diagnóstico e cura, sejam oficiais ou adicionais. Nota-se a formação de um sistema paralelo de busca e manutenção à saúde, ou seja, uma associação entre práticas da medicina oficial e práticas complementares concomitantemente ou em momentos diferentes. Dependendo da situação, do problema ou por opção, pode-se lançar mão de diferentes estratégias para busca e manutenção da saúde. Como afirma Amorozo (1996), atualmente, na sociedade, as doenças passam a ser vistas como estados que podem ser tratados por médicos e estados que devem ser tratados por outros especialistas, não excluindo a possibilidade de um tratamento sincrético.

Em alguns casos, estes dois grupos de práticas (oficial e complementar) são utilizados ao mesmo tempo como, por exemplo, na associação de remédios caseiros e “remédios de farmácia” em um mesmo tratamento. Segundo a CEATRIM (2004), as interações entre medicamentos e plantas medicinais podem ser benéficas, daninhas ou neutras, dependendo do

nível e do tipo de interação. Por exemplo, algumas plantas possuem propriedades hipoglicemiantes que podem ter um efeito sinérgico com os agentes hipoglicemiantes de prescrição, mas, um agente hipoglicemiante de origem vegetal pode provocar níveis perigosamente reduzidos de glicose no sangue. Já as plantas que possuem efeito laxante (sene, cáscara-sagrada, etc), por aumentar o bolo intestinal, podem diminuir a absorção de determinados medicamentos (cálcio, ferro, lítio, digoxina e anticoagulantes orais).

Abaixo temos alguns exemplos que evidenciam essa interação de diferentes tipos de medicamentos:

“... ultimamente tem tomado o pó de melão são caetano e o tilenol.... é o que tem dado jeito nesse vírus [da dengue] que tá aqui é isso.” (E4)

“... lava com bastante água e sabão, é onde a gente toma ou dá pra criança o chá de folha de laranja que é... evita o tétano e toma a meracilina.” (E4)

“Febre a gente faz mais o chá e dá umas gota... já usa o remédio de farmácia, que é a dipirona, anador, uma AAS.” (E6)

De qualquer forma sempre existirá um fosso entre as práticas populares e a medicina oficial. Como afirma Araújo (2000), num estudo sobre a implantação da fitoterapia na Rede municipal de Saúde de Londrina (Paraná) que, se por um lado o grupo de fitoterapia propunha a incorporação das ervas nos procedimentos terapêuticos das Unidades Básicas de Saúde, por outro, estas ervas não poderiam ser utilizadas nem indicadas em seu estado natural e uma planta apenas poderia ser recomendada após comprovação científica de seu princípio ativo. E ainda completa que a incorporação das ervas medicinais de acordo com os critérios científicos estabelece uma distinção entre o seu uso nos meios populares e aquele que tem lugar no interior das práticas biomédicas, pois, entre a população estudada, a utilização das ervas apenas faz sentido se relacionada a uma maneira particular de se perceber o mundo, em que doença e cura são vistas como inerentes à vida.

A busca pelas pessoas do Setor de Saúde é mais uma vez presente e é uma das estratégias para resolução de doenças e sintomas. Entre as pessoas que responderam ao Questionário, 39,8% (15 pessoas) afirmaram procurar auxílio de outras pessoas (de dentro e de fora do Acampamento) para resolver os problemas de saúde, seja para diagnóstico ou indicação e aprendizagem de um “*remédio do mato*” adequado. Internamente, entre os mais

procurados temos a companhia-referência do Setor de Saúde do Acampamento e as duas pessoas que trabalham com benzeção. Tudo isso pode ser observado nas falas seguintes:

“Olha, alguns vão no médico, né!, outros já tão sendo medicados aqui mesmo pela gente. Um medica o outro. (...) Não, não, aqui a gente usa também outros tipo de medicamentos. (...) É, do médico mesmo... (...) esse aí é o primeiro socorro [plantas] que a gente usa aqui até ser encaminhado para o médico.”
(E4)

“Olha aqui, o pessoal tem muitas pranta [plantas] medicinais, a maioria tem muita pranta medicinais. Uns vai pro médico...” (E8)

“(...) sempre que a gente adoece a gente toma remédio do mato, xarope do mato.” (E11)

Mesmo não sendo uma pergunta explícita do Questionário, é importante citar que uma pessoa manifestou uma certa insatisfação ou descrédito na atuação do Setor de Saúde:

“Eles [setor de saúde] não dão importância pra saúde aqui não, eles acham que tem o hospital muito próximo” (mulher, 38 anos)

Muitas pessoas ao afirmarem não procurar ninguém para auxílio justificaram preferência por *“fazer o que já sabe”*, e, apesar de saber da possibilidade e disponibilidade do Setor, preferem não o procurar. O envolvimento das famílias com o Setor de Saúde foi mais referenciado quando ocorrem as oficinas de fabricação de medicamentos (pomadas, tinturas, xaropes, xampus, etc.).

7.2.4 Conceito de Saúde

Nas Entrevistas, quando perguntados sobre o que é ter saúde, a situação de estar em condição de trabalhar foi a mais citada (6 citações). Esta associação de saúde e trabalho também foi evidenciada por Rodrigues (2002), Medeiros et al (2004) e Esteves (2002), onde a

doença é vista como qualquer fator intrínseco que impede a realização do trabalho, ou seja, uma condição fundamental para a execução das atividades laborais. Dentro desta perspectiva, pequenas indisposições, fraquezas e dores rotineiras não eram classificadas como doenças, pois não impediam o abandono total do trabalho.

A saúde também foi associada como algo muito importante que se tem, com sensação de bem-estar, com os cuidados com a limpeza, com uma postura preventiva frente a situações que podem diminuir a saúde, como condição de ter uma boa alimentação e boa condição de vida. Apenas uma pessoa citou saúde como ausência de doença.

Foi freqüente a associação do fator religioso na contribuição da cura. A figura de Deus, ou de uma entidade superior, estava sempre muito presente nas falas, indicando que o prognóstico de uma doença está muito relacionado com a ‘*vontade*’ divina. “Deus” não é uma categoria dentro do conceito de saúde entre os entrevistados, e, sim, um elemento fundamental para a busca e manutenção da saúde: “... *primeiro Deus...*” e “... *com ajuda de Deus*” foram freqüentes. Portanto, não podemos esquecer e descartar o forte conteúdo simbólico e religioso que pode estar presente na escolha e eficácia de um tratamento.

A tabela a seguir (**Tabela 1**) mostra a freqüência das categorias associadas ao conceito de saúde entre os 12 entrevistados. O número de citações ultrapassa o número de entrevistados porque muitas pessoas fizeram mais de uma associação.

Tabela 1 Respostas fornecidas para a pergunta “*O que é ter saúde?*” entre os entrevistados do Acampamento Padre Gino

Categoria de associação com saúde	Número de citações
Capacidade de trabalhar	06
Algo muito importante, “a melhor coisa”	04
Bem-estar (“de bem com a vida”)	03
Limpeza	03
Ter boa condição de vida	01
Prevenção de situações que causem doenças	01
Ter boa alimentação	01
Ausência de doença	01
Total	20

Os relatos a seguir exemplificam essa visão da saúde como uma condição fundamental para a execução das atividades laborais, entre os entrevistados:

“É tudo! [risos] Pra mim é tudo, tendo a saúde a gente tem tudo né?!? Tem a possibilidade de trabalhar, tem a possibilidade até de movimentar para qualquer coisa.” (E2)

“Pra mim é a melhor coisa, né. Porque ter saúde a gente faz o trabalho da gente. (...) A saúde é a melhor coisa.” (E3)

“Uai, menina, a saúde é muita coisa. (...) A gente tá com saúde é a coisa miór [melhor] do mundo, uai! Primeiro Deus, né, na nossa frente, e depois a saúde. Se você tem saúde, você trabalha, você luta com uma coisa, luta com outra, e nada te amarra. Ocê sai daqui e vai pro Frei a pé, ocê sai e vai buscá um feixe de lenha a pé, e eu acho que é isso aí”. (E10)

Algumas das demais associações podem ser observadas nos seguintes relatos:

“Pra mim, ter saúde é a gente ter uma boa condição de vida. (...) ter condições de ter uma casa boa pra morar, de ter terra para trabalhar, de ter uma água boa, onde a gente possa cuidar da higiene da nossa família, da nossa casa. É a gente ter condição mesmo de sobreviver, pra mim saúde não é ter que tomar remédio todo dia, buscar hospital, mas é a gente ter uma boa condição de vida. Pra mim, isso é que é ter saúde.” (E1)

“Ah, ter saúde, em primeiro lugar é tá de bem com a vida, né! Quer dizer, tendo saúde, cê tá de bem com a vida. Então, cê ser uma pessoa saudável, tá animado pro trabalho, com disposição para qualquer coisa. Eu acho que a saúde é isso, a coisa mais brilhante... com ajuda de Deus, né.” (E7)

“Pra estar com saúde tem que tá com, em primeiro lugar, tem que tá com alegria de viver, com vontade de ajudar, aí é que se nasce... saúde, acho que tem que nascer por aí. Senão, se você tá de mau humor, cê próprio tá doente, não tem como cê ajudar ninguém.” (E9)

“Estar de saúde, eu acredito que é estar de bem com a vida. Se a pessoa não está de bem com a vida, ele tá doente, ou ele tá tendo algum problema na vida. Se for um caso de saúde, a gente corre atrás, se for outras coisas, encaminha pra frente, para ele cuidar antes que as coisas piore.” (E12)

“O que que é importante? Eu acho que o que é importante se a gente tá doente, procurá sempre os remédio pra usar, né, que normaliza a saúde, praque [porque] a melhor coisa nossa é a saúde. Então a gente fica tomando os chá, prevenindo [prevenindo], invitando [evitando] de muitas coisa de fazê mal, então a gente vai ter resultado que é saúde, né!” (E3)

“Ah aqui pra gente ter saúde a gente precisa assim... alimentar do que a gente pode colher, porque a gente precisa muito de verdura, né?!... Procurar viver assim num... limpar o ambiente melhor, não deixar água empossada, lixo, procurar queimar os lixo, né?!... pra ter uma vida mais tranqüila e procurar, o máximo que puder, deixar esses barraco permaneçam limpos, né?!... roupa bem guardada... porque inseto anda...” (E4)

“Hum... é muita coisa! Tem que ter... premeira [primeira] coisa é higiene, né?! Tem que ter... igual mesmo agora a dengue, né!, faz parte da saúde, porque se eles deixarem aqueles pneu com água, deixá aquelas sacola com água, aquele lixo na porta, se não tomar cuidado, igual minha barraca ta aí mesmo, se eu não tomar cuidado com ela eu não posso trazer minhas menina pra cá, minhas menina ta lá na rua. Como é que eu vou trazer elas pra cá pra adoecer?” (E6)

“Tá com saúde é a pessoa tá são, sem adoecer, né, eu acho que é isso né.” (E11)

7.2.5 Avaliação do Atendimento no SUS

Em uma avaliação geral sobre o Sistema Único de Saúde, na perspectiva dos 12 entrevistados e entrevistadas do Acampamento, o atendimento do SUS foi classificado como bom, existindo, obviamente algumas queixas, mas que não caracterizam, de maneira alguma, um fracasso do serviço público de atenção à saúde. Em geral, as críticas estão relacionadas ao tempo de espera para realização de consultas e exames, às freqüentes filas e à não obtenção de medicamentos na farmácia pública. A visita da equipe do Programa de Saúde da Família também é vista como algo positivo e basicamente, não existem críticas a este atendimento. Os relatos abaixo exemplificam esta avaliação do Sistema Único de Saúde, tanto na cidade quanto no próprio Acampamento:

“... os exame consegue fazer, agora os remédio é difícil, tem vez chega lá e não tem remédio nenhum, tem vez que chega, tem.” (E6)

“Os remédio nem sempre, porque nem sempre tem. Nem sempre tem todo remédio, as vezes pega um e os outros não tem, ou não tem nenhum de jeito nenhum. Agora atendimento, marca o médico... é na hora. Passou o pedido aqui, chega lá, não precisa nem cê entrar na fila não. Já ta com o pedido na mão, pode ir direto no dia, na hora, que eles já marca o pedido aqui, direto no médico.” (E9)

“... eles trata as pessoa até bem e tal. Só tem que levantar é cedo, ficar na fila... mas eles é bem atendido, eles atende.” (E8)

“Não, a consulta ele vem e faz e é bom médico, ótimo médico. Eu tava com uma dor assim atravessada na barriga e eu tava pensando que era hérnia, e no primeiro dia que eu consultei com ele, ele passou para mim fazer uns exames [exames] e esses exames ele passou para mim tomar só remédio de verme [verme]. Então ele mandou tomar 4 comprimido de uma vez, bom médico, ótimo médico (...). Aí ele passou pra mim pegar no posto de saúde o lombrigueiro e esses 4 comprimido que é lombrigueiro e dois comprimido que é purgante. Aí eu fui lá e não achei os remédio no posto de saúde, fui na farmácia e comprei”. (E10)

“Nossa, é bom de mais. Agora mesmo nós tamo tendo o doutor Carlos, né, que tá dando a maior força pra gente aqui nesse sentido da saúde e ele tem muito colaborado com isso. Ele tem vindo de 15 em 15 dias, é feito um apanhado de quem vai consultar. Consulta tranqüilamente, o remédio que ele tem lá no Frei, ele indica, o que não tem, indica da farmácia. A gente faz o coletivo, as pessoas ajuda a comprar o remédio, faz campanha, né. Qualquer coisa, a pessoa é atendida, eu não vejo dificuldade nesse sentido de saúde aqui.” (E12)

Vinte pessoas (52%), entre as que responderam ao Questionário, citaram a existência de fila para conseguir um atendimento (marcação e realização de consultas e exames), mas não percebem isso como um problema. Como o atendimento/consulta acontece, mesmo que demorado, a espera da fila não é vista como um empecilho, por isso, 60,5% (22 pessoas)

classificaram o atendimento como bom ou muito bom (categorias definidas pelos próprios entrevistados):

"A gente consegue, mas tem que esperar bastante. (...) Não posso reclamar, todas as vezes que fui, sou bem atendida" (mulher, 38 anos)

"Tem que esperar, às vezes não tem remédio no posto, às vezes não tem médico, lá é difícil." (mulher, 50 anos)

"Às vezes eu já esperei, até 3 horas, mas quando tá passando mal mesmo, eles atendem." (homem, 49 anos)

"Graças a Deus eu fui bem atendida, só uma vez que eu tive que voltar." (mulher, 34 anos)

"Tem espera de fila, às vezes a gente não consegue." (homem, 42 anos)

"É muita fila mesmo, espera bastante, umas 5 horas, às vezes até mais. (...) [O atendimento] tá até mais ou menos, o negócio hoje é a espera... mas a espera é normal." (mulher, 47 anos)

"Não resolve nada na hora. (...) Quem tá doente tem que esperar... quando vai no médico é porque já tá doente" (mulher, 56 anos)

"Faço exame, eu não pago nada, pego a requisição. (...) No início não era assim não, porque a gente é sem-terra" (mulher, 52 anos)

"Pra mim, não tem nada que reclamar, nunca a gente perde a caminhada." (mulher, 56 anos)

"Remédio é que falta [falta] muito na farmacinha... o atendimento médico é ótimo." (mulher, 43 anos)

"Demora demais, mas atende a gente bem. É um médico só para consultar e atender os que já estão internados." (homem, 43 anos)

Nas Entrevistas, quando questionados se havia alguma diferença no atendimento por serem Sem-Terra, a maioria disse que atualmente isso não mais ocorre (desde a obtenção do Cartão Saúde – cartão que identifica a pessoa como leitor do município e garante o atendimento no serviço público municipal de saúde).

Albuquerque et al. (2000), em estudo sobre a situação de saúde para os assentados da Reforma Agrária, afirma que algumas reclamações ocorreram como reação à pergunta sobre a existência de discriminação por parte dos atendentes, dos profissionais dos serviços de saúde, em comparação ao atendimento dispensado à população da cidade. Os autores relatam que a principal preocupação apresentada diz respeito à origem do indivíduo, que poderia deixar de ser atendido se declarasse morar no assentamento, mais particularmente ainda quando em assentamento de município vizinho.

As falas a seguir ajudam a elucidar esta questão no Acampamento Padre Gino:

“Antes era muito difícil a gente conseguir um atendimento, agora não, agora já melhorou bastante, principalmente porque saiu agora o cartão de saúde, melhorou muito mesmo. Igual hoje mesmo eu fui, não consegui o médico para hoje mas ficou marcado para o dia primeiro [de abril].” (E2)

“Não, pra mim do mesmo jeito que eu morasse lá, o atendimento pra mim aqui toda vez que eu vou lá sou bem atendida. Graças a Deus, ótimo. Não reclamo do tratamento lá não. Toda vez que eu vou lá sou bem atendida, como se tivesse morando lá.” (E3)

“Olha, quando nós chegamos aqui, até um ano atrás, a gente era muito discriminado. Agora hoje, não. Graças a Deus nós estamos muito bem tratados, temos um médico que vem assistir a gente aqui. É um excelente médico, tem um carinho especial com a gente, tanto ele quanto a assistente dele. E não tem não, mesmo o tratamento é igual. [Era discriminado porque antes?] Por ser Sem Terra, eles achavam que a gente não tinha endereço certo, um paradeiro, né! Então era um pouco discriminado.” (E4)

“... Ela [médica] virou e falou pra mim assim: ‘Uai, D. Maria, senhora já é cidadã daqui do Frei Inocêncio, né?’. Eu falei: ‘Uai, porque que a senhora

fala?’ ‘Uai, porque o título da senhora é daqui, né!?!’. Falei: ‘É uai, mas quanto tempo é? Já tá com mais de ano’ Virei pra ela e falei assim: ‘Já tá com mais de ano que eu sou daqui do Frei, que eu transferei meu título pra qui.’. Ela falou: ‘É, agora nós vamos cuidar da senhora mió’” (...)Eles atindia [atendia], só que eles atindia era desse jeito: num fazia uma chapa, num fazia um insame de sangue, de feze, de urina. Como é que podia saber o que que a gente tinha? E o pior que sempre, sempre eu tava ali ruim...” (E10)

A questão de bem atender também foi relacionada com interesses políticos por 2004 ser ano eleitoral e pelo próprio motivo das famílias estarem envolvidas em um movimento social de destaque nacional:

“Aqui eu vejo uma prioridade nesse aspecto aqui pra gente que mora aqui, não sei se é por causa da política que tá aí, mas no momento, a partir do momento que eu passei a coordenar, chego lá no hospital, no posto de saúde, também no centro, no posto lá em baixo, sou muito bem recebido, tanto faz pelo médico ou pela equipe. ‘Zé Eustáquio chegou!’, aí é: ‘que que cê qué, cê qué falar comigo? qué alguma coisa?’. A pessoa que eu encaminho é rapidinho atendido, bem, se tem fila ou se não tem, o médico: ‘não, pode mandar pra cá, do Acampamento pode entrar’. Então, a gente tá tendo prioridade aqui, pelo menos nesses período de política, vamo vê se isso vai longe...” (E9)

“Ah, eu já vi pessoas recramá que lá eles num atende bem Sem Terra, com boa vontade não. Eles tá atendendo até com mais uma boa vontade aí ultimamente agora porque já tá tendo um interesse político, né. (...)” (E7)

A reivindicação por atendimento de dentista e visita periódica de um agente de saúde também foi citada:

“Eles já tentaram, né... trazê o dentista, né. É muito importante no Acampamento, né, tendo um médico, um dentista, né... não só para as crianças como pra todo mundo.” (E5)

“... então a gente vai ter que fazer uma manifestação e ir pra lá e exigir que venha um agente de saúde aqui pra dentro aqui...” (E9)

7.2.6 Controle Social no SUS

Considerando que houve uma avaliação positiva do SUS, mesmo havendo algumas reclamações (extremamente pertinentes), uma das partes da conversa era sobre o conhecimento dos entrevistados sobre o Conselho Municipal de Saúde. Nenhum dos entrevistados manifestou conhecer o termo Conselho Municipal de Saúde, mas, quando esclarecidos sobre o que era, reconheciam a necessidade de ter alguém do Acampamento participando deste. Houve até citações de reuniões e conversas com responsáveis pela Secretaria Municipal de Saúde e Prefeitura, mas nada relacionado ao Conselho:

“Teve, já procuramos, já fomos lá conversar, aí a Secretaria de Saúde já mandou profissionais aqui para dar palestras de prevenção: prevenção do câncer, das DST, já tivemos aqui vários contatos... só que assim, mais na base da amizade, para cobrar mesmo, pra ir lá fazer uma exigência mesmo de que a gente quer um médico, formar uma farmácia, uma sala onde se possa atender, não fizemos ainda. (...), porque depois que nós viemos para cá já aconteceu a reunião, mas gente nunca sabe quando acontece, nem como, e já tentamos ser convidados ou participar lá e não conseguimos. É claro que é interessante a gente participar deste Conselho, mas ainda não conseguimos participar.” (E1)

“Sim. Eu não acho assim que deveria, como tem que ter, né! Porque a gente tem que ter alguém que fala, um porta-voz, que se preocupa em... ta se preocupando por nós, é uma ajuda mais que a gente vai ter.” (E4)

“É muito importante mesmo. Eu acho muito importante. E se aqui na nossa Equipe da saúde, reunisse e tirasse uma pessoa dessa, pra conversar com ele, pra sempre tá uma pessoa, era muito bom, era muito importante.” (E6)

“Ah, esse caso aí seria um caso... se tivesse alguém que trabalhasse com o Conselho Municipal de Saúde seria uma porta aberta pro nosso Acampamento. A gente não ia quase nem procurar mais outros lugares, ou melhor atendimento, a gente ia cobrar logo do nosso companheiro lá de dentro, que já

tava participando. E com certeza ele passaria pra nós as normas, os porque, igual eu disse, “a farmácia não tem o remédio!”, então, evitava critica, ‘oh, a farmácia não tá tendo o remédio porque o Governo infelizmente não manda o remédio de alto custo, ele não manda, ele só manda o remédio mais acessível a eles, porque tem que atender o Brasil todo e não só um lugar’. Então, eu acharia louvável essa idéia se o Conselho Municipal de Saúde fizesse com a gente um acordo, ter alguém daqui pra participar das reuniões dele e do acompanhamento do setor de saúde municipal.” (E12)

Esta informação concorda com Albuquerque et al. (2000), que, na análise situacional da saúde para os assentados da Reforma Agrária, encontraram nas instâncias formais do Sistema Único de Saúde do país (Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde), baixo grau de participação dos trabalhadores rurais, inexistência de debate sistemático sobre formas de atendimento médico à população rural e baixo grau de preocupação com a assistência à saúde do homem do campo.

7.2.7 Práticas Complementares de Saúde Adotadas

No Questionário, quando perguntados se utilizam alguma outra prática alternativa (nos questionários, eu utilizava o termo ‘*prática alternativa*’, pois este é o termo comumente utilizado pela comunidade), além do atendimento médico, ocorreram 36 citações (94,7% das pessoas) sobre a utilização de plantas medicinais e, entre estas, 2 pessoas se referiram utilizar também orações ou benzimentos e 1 pessoa citou também a fabricação e utilização de garrafadas.

Trinta e duas pessoas (84,2%) acreditam que os medicamentos a partir de plantas são úteis para a cura de doenças e sintomas, sendo que entre estas, 29 pessoas (90,6%) afirmaram que quando usam a planta obtém resultados positivos de cura. Ressalva-se mais uma vez que os que acreditam e os que citaram efetivamente curados se referem, na maioria das vezes, à resolução de problemas mais simples:

"Bem mais útil que os próprios remédios químicos da cidade." (homem, 22 anos)

"Sempre, graças a Deus. (...) A coisa mais difícil é levar meus meninos no hospital. Esse aqui mesmo [apontando para o filho mais novo] não conhece médico." (mulher, 52 anos)

"[Cura] principalmente a gripe, tosse, dor de barriga..." (mulher, 50 anos)

"Ajuda sim, com certeza, remédio caseiro ajuda sim." (homem, 49 anos)

"Resolve muita coisa, Meu menino machucou jogando bola... ele começou a passa uma pomada [pomada de salsa] e resolveu rapidinho." (mulher, 35 anos)

"Se usar adequadamente toda vez vai sarar." (homem, 41 anos)

Para Amorozo (1996) a eficácia terapêutica de qualquer tratamento sempre tem um conteúdo simbólico, que muitas vezes é de difícil percepção e avaliação. Por exemplo, no caso das plantas utilizadas para fins medicinais, sua eficácia pode ser resultante de um efeito farmacológico sobre a fisiologia do indivíduo ou pode ser simbólica, agindo também sobre o indivíduo no contexto específico de sua cultura.

Algumas citações retrataram um conhecimento e preocupação na forma adequada da utilização, como escolha certa da planta, duração do tratamento, etc.

"Toda vez que a gente faz, cura. Tem que fazer no mínimo 8 dias para ter resultado." (mulher, 46 anos)

"Todas as vezes que a gente faz o remédio dá certo, é só pegar as folhas certa." (mulher, 27 anos)

"Principalmente, como na gripe, quando toma o chá desde os primeiros sintomas." (mulher, 34 anos)

As pessoas (15,8% - 6 pessoas) que citaram que não obtiveram efeito desejado ao usar um remédio de planta relataram o tempo prolongado que um medicamento natural requer para fazer efeito, a escolha errônea de uma planta ou porque só utilizaram quando o problema já

estava mais agravado. Nenhuma referência foi feita de sensação de mal estar ou piora devido utilização de uma planta medicinal.

Algumas citações confirmaram uma lógica popular, extremamente equivocada, de que “*remédio do mato*” não é capaz de trazer nenhum malefício:

"Graças a Deus, todos os remedinhos que faço são bom. Mas também se não fizer bem, mal também não faz." (mulher, 52 anos)

Esta é uma lógica equivocada quando listamos as restrições que dezenas de plantas apresentam, sejam para gestantes, cardíacos, crianças, etc., como pode ser observado no **Apêndice III**.

Quando perguntados sobre a utilização de alguma prática para prevenção de doenças, 10 pessoas que responderam ao Questionário (26,3%) apontaram hábitos “*alternativos*” para prevenção. Entre estes temos, chá de alho com limão para prevenir problemas de reumatismo, água de alho para prevenir problemas de pressão e derrame, chá de cana de macaco e folha de algodão para prevenir problema nos rins, mastigar folha de boldo para evitar gases (devido a alimentação pesada), suco de limão galego para evitar o colesterol alto, álcool de cereais com alho para prevenção de entupimento de veias, chá de limão com hortelã para prevenir gripe, melhora nos hábitos de vida e alimentares (“*comer mais verdura*”) em busca de uma saúde melhor.

No estudo de Rezende e Cocco (2002), 39,4% dos entrevistados também citaram usar as plantas para prevenir problemas de saúde, além da função de curar algum distúrbio ou doença.

Além das plantas medicinais outras práticas complementares foram citadas como forma de busca e manutenção da saúde, como, tratamento com argila, bioenergética, orações e benzimentos, e alimentação saudável.

A citação abaixo mostra a associação da alimentação com saúde:

"Eu acredito que é isso mesmo. Mais é a alimentação, todo mundo tem a sua horta e da horta vem a maior colaboração da saúde. Que vem a nossa couve, o alface, todas as verduras e legumes vem do nosso próprio trabalho. É onde colabora porque uma pessoa que alimenta bem de verduras e tudo, aí a saúde ta garantida." (E12)

Algumas ‘*misturas*’ e crendices também foram identificadas como capazes de resolver algum problema de saúde, como por exemplo:

- alho no café para rouquidão;
- alho cru com café para gripe;
- café quente com 1 colher de óleo de cozinha para expectorar;
- soro caseiro para problemas de estômago;
- soro caseiro, água de limão e polvilho para a diarreia;
- café “*margoso*” com capim cidreira, erva cidreira, limão, alho e gordura de galinha para gripe;
- vinagre com goma de polvilho, limão e açúcar para tirar “*febre do intestino*”;
- leite de vaca para solitária: senta na bacia com leite fervido
- folha de boldo com bicarbonato (maceração) quando estiver “*botando água pela boca*” (problemas de fígado).

O conhecimento das famílias do Acampamento Padre Gino sobre plantas medicinais está basicamente fundamentado na observação e na experiência empírica. Durante a vivência na área (observação participante) e realização de questionários e entrevistas, 100 plantas foram informadas como utilizadas com algum fim medicinal e, destas, 70 puderam ter identificação botânica confirmada. Algumas destas plantas podem ser observadas no **Apêndice I, Fotos 13 e 14**.

Este número de plantas utilizadas e encontradas no Acampamento é relativamente menor do que o número encontrado em outros trabalhos, como, por exemplo, os de Amorozo & Gély (1988) e Rodrigues (2002). Isso pode ser explicado pela situação provisória que as famílias se encontram, pois, é indesejável, para muitas famílias, construir algo (horta familiar ou comunitária) que ficará para outros – pois, se forem assentadas na área, provavelmente não morarão no atual local do barraco ou casa.

A **Tabela 2** mostra as plantas apontadas como de uso medicinal, indicação, parte utilizada e forma de preparo atribuídos por algumas famílias do Acampamento. As lacunas em branco representam o desconhecimento da informação. As 70 plantas identificadas aparecem nesta tabela com o nome científico e o nome da família botânica pertencente após o nome popular atribuído, bem como a família botânica a qual a planta faz parte. Os nomes

populares sublinhados indicam que estas plantas estão em consonância com a literatura sobre os usos populares em pelo menos um dos usos apontados.

No **Apêndice III** pode ser observado os dados da literatura, referente ao uso popular, destas plantas. Tais informações foram retiradas de: Brandão et al. (2003), Martins et al. (2003), Lorenzi & Matos (2002) e Simões et al (1998). Estas indicações são baseadas apenas na tradição popular, sem necessariamente estarem asseguradas a qualidade, segurança e eficácia para o uso terapêutico de todas as plantas.

Das 70 plantas identificadas, 42 tem seus usos atribuídos em consonância com os dados da literatura sobre uso popular, mas, apenas oito com eficácia e segurança de uso cientificamente comprovadas (Barbosa et al. 2003 e Brasil 2000). Destas oito, apenas duas, funcho (*Foeniculum vulgare*) e trançagem (*Plantago major*) estão de acordo a indicação de uso pelas famílias do Acampamento com as indicações comprovadas cientificamente (**Apêndice IV**).

Vale ressaltar que existiu também a utilização errônea de determinadas plantas devido identificação botânica incorreta, como, por exemplo, da camomila e do boldo. Estas duas plantas utilizadas (*Anthemis cf. tinctoria* L. e *Plectranthus barbatus* Andrews, respectivamente) são totalmente diferentes das espécies com eficácia e segurança de uso cientificamente comprovadas: *Matricaria recutita* (camomila verdadeira) e *Peumus boldus* (boldo do Chile).

A falsa-camomila apresenta capítulos florais amarelos e, na camomila verdadeira estes capítulos são brancos. Já o boldo utilizado pelas famílias do Acampamento apresenta pêlos nas folhas, que inexistem nas folhas do boldo do Chile. Este fato mostra a necessidade da identificação botânica correta das plantas com propriedades medicinais, pois a utilização equivocada pode trazer sérios prejuízos à saúde.

Além da identificação correta, deve-se conhecer também a toxicidade e as restrições de uso de cada planta. Algumas plantas amplamente empregadas pelas famílias do Acampamento Padre Gino, como, por exemplo, babosas (*Aloe* spp.), losna (*Artemisia absinthium*), macelão (*Achillea millefolium*), capim cidreira (*Cymbopogon citratus*), erva-de-santa-maria (*Chenopodium ambrosioides*), funcho (*Foeniculum vulgare*), entre outras, não são indicadas para gestantes e/ou lactantes devido seu potencial tóxico, teratogênico e abortivo ou por causarem cólicas na criança em amamentação.

Tabela 2: Plantas indicadas como de uso medicinal, indicação, parte utilizada e forma de preparo atribuídos por parte das famílias do Acampamento Padre Gino.

Nº	Planta	Indicação de uso atribuída	Parte utilizada	Forma de preparo
01	Açafrão	Anemia	Raiz	Pó
02	<u>Agrião</u> <i>Rorippa nasturtium-aquaticum</i> (L.) Hayek (Brassicaceae)	Problemas respiratórios, fortalecimento dos ossos, problema de rins, fígado e diabete	Folhas	Xarope e salada
03	<u>Aipo (salsão)</u> <i>Apium graveolens</i> L. (Apiaceae)	Eliminar gases, problema de circulação		
04	Alcanfor <i>Mentha</i> sp. (Lamiaceae)	Gripe e dor		Decocção
05	<u>Alecrim</u> <i>Rosmarinus officinalis</i> L. (Lamiaceae)	Calmante e cardíaco	Folhas	Chá
06	Alevante	Para os casos de depressão e angustia		Chá
07	<u>Alfavaquinha</u> <i>Ocimum cf. micranthum</i> Willd. (Lamiaceae)	Gripe	Folhas	Chá
08	<u>Algodão</u> <i>Gossypium barbadense</i> L. (Malvaceae)	Infecção de útero, antibiótico e anti-inflamatório	Folhas	Chá
09	<u>Alho</u> <i>Allium sativum</i> L. (Liliaceae)	Gripe	Bulbo	Mel e chá
10	Alho-todo-ano <i>Nothoscordum</i> sp. (Alliaceae)	Gases e bom para o cabelo	Folha	Chá
11	Almeirão <i>Lactuca</i> sp. L. (Asteraceae)	Diminuir calor da menopausa	Folhas	Ao natural refogado
12	Amora <i>Morus alba</i> L (Moraceae)	Pressão alta	Folhas	Chá
13	Angico <i>Anadenanthera peregrina</i> (L.) Speg	Rouquidão e chieira no peito	Casca	Mel
14	Arnica do campo (encruzadinha) <i>Austroeupeatorium inulifolium</i> (Kunth) R.M. King & H. Rob. (Asteraceae)	Dor de cabeça, febre, gripe, derrame, pneumonia e pancada e inflamação nas articulações (macerado)	Folhas	Chá e maceração no álcool
15	<u>Arruda</u> <i>Ruta graveolens</i> L. (Rutaceae)	Diminuir dor de pós-parto	Folhas	Chá na cachaça
16	Assa-peixe-do-reino <i>Gymnanthemum amygdalinum</i> (Delile) Sch. Bip. ex Walp. (Asteraceae)	Estômago (chá) e sarampo (banho e chá)	Folhas	Chá e banho
17	Aveloz	Vitiligo, câncer		
18	<u>Babosa</u> <i>Aloe</i> sp. (Liliaceae)	Bom para cabelo, câncer e derrame	Folhas e mucilagem	
19	Baspo <i>Jatropha multifida</i> L. (Euphorbiaceae)	Cicatrizante (feridas) e contra câncer	Óleo do caule	Óleo
20	Batata-doce <i>Ipomoea batatas</i> (L.) Lam. (Convolvulaceae)	dor de coluna, dor nos ossos	Folhas	Chá
21	Beterraba <i>Beta vulgaris</i> L. (Chenopodiaceae)	Tosse	Bulbo	Xarope
22	Boca de boi	Gripe		Chá
23	<u>Boldo</u>	Estômago e fígado	Folhas	Maceração a

	<i>Plectranthus barbatus</i> Andrews (Lamiaceae)			frio
24	Buta	Dor de barriga		
25	Calêndula <i>Calendula officinalis</i> L. (Asteraceae)	Antialérgico	Flores	Pomada
26	Camará	Antialérgico	Folhas	Pomada
27	Camomila <i>Anthemis cf. tinctoria</i> L. (Asteraceae)	Dor de barriga, febre, dor de cabeça	Folhas e Flores	Chá e maceração a frio
28	<u>Cana de macaco</u> <i>Costus spiralis</i> Rosc. (Costaceae)	Problemas de rins e baço e infecção	Folhas	chá
29	Cansação	Úlcera		
30	Capeba <i>Pothomorphe umbellata</i> (L.) Miq. (Piperaceae)	Depurativo	Folha seca	Chá
31	<u>Capim-cidreira</u> <i>Cymbopogon citratus</i> (DC.) Stapf (Poaceae)	Calmante, tosse, febre, gripe, estômago e pressão alta	Folhas	Chá
32	Cariru (brede)	Fortalecer os ossos	Folhas	Chá e ao natural
33	Carqueja <i>Baccharis trimera</i> (Less.) DC. (Asteraceae)			
34	Carrapitinho	Dor de barriga	Raiz	Chá
35	Cebola <i>Allium cepa</i> L. (Alliaceae)	Tosse, gripe	Bulbo	Xarope
36	Cenoura <i>Daucus carota</i> L. (Apiaceae)	Tosse	Fruto	Xarope
37	<u>Chuchu</u> <i>Sechium edule</i> (Jacq.) Sw. (Cucurbitaceae)	Pressão alta e problemas de coração	Folhas	Chá
38	<u>Coentro</u> <i>Coriandrum sativum</i> L. (Apiaceae)	Cólica intestinal, prisão de ventre, machucado (pomada)		Chá e pomada
39	<u>Cordão de frade</u> <i>Leonotis nepetifolia</i> (L.) R. Br. (Lamiaceae)	Febre, dor de barriga, estomago e derrame	Folhas	Decocção
40	Couve <i>Brassica oleracea</i> L. (Brassicaceae)	Gastrite, dor de estômago, anemia, caspa, brilho no cabelo	Folhas	Ao natural, sumo e xampu
41	Couve de veado	Amadurecer furúnculo, micose, coceira, unheiro	Folhas	Pomada
42	Cutieira	Verminose e depurativo		
43	Dipirona <i>Alteranthera brasiliensis</i> (L.) Kuntze (Amaranthaceae)	Febre, gripe, dor.		
44	Dente de rato	Dor de barriga		
45	<u>Erva-cidreira-de-folha</u> <i>Lippia alba</i> (Mill.) N.E. Br. (Verbenaceae)	Resfriado, calmante e pressão alta.	Folhas	Chá
46	Erva-de-bicho	Pneumonia e verminoses		
47	<u>Erva-de-santa-maria</u> (mastruz, matruz) <i>Chenopodium ambrosioides</i> L. (Chenopodiaceae)	vermes, machucados e fraturas	Folhas	
48	Erva-doce	Cólica de criança, calmante gases.		Chá
49	Espinafre	Anemia	Folhas	Ao natural
50	Espirradeira	Amadurecer furúnculo, micose,	Folhas	Pomada

		coceira, unheiro.		
51	Fava	Verminose	Folha	
52	<u>Fedegoso</u> <i>Senna occidentalis</i> (L.) Link (Fabaceae)	Gripe	Folhas	Chá
53	Feijão-andu <i>Cajanus cajan</i> (L.) Millsp. (Fabaceae)	Gripe, dor de dente, febre e tosse.	Folhas	Chá
54	Fumo bravo (+ semente de girassol + abacaxi)	Chiadeira de criança		Xarope
55	<u>Funcho</u> <i>Foeniculum vulgare</i> Mill. (Apiacea)	Gripe, gases	Folhas e sementes	Chá
56	Girassol <i>Helianthus annuus</i> L. (Asteraceae)	Estimulante sexual	Semente	Pó
57	Guiné	Dor no corpo	Folhas	Banho
58	Hortelã <i>Mentha crispa</i> L. (Lamiaceae)	Verminose, gripe	Folhas	Chá
59	<u>Hortelã-pimenta</u> <i>Plectranthus amboinicus</i> (Lour.) Spreng. (Lamiaceae)	Gripe, tosse	Folhas	Chá
60	Jiquiri	Antibiótico, reumatismo, tosse, infecção de garganta		
61	Laranja	Gripe e contra tétano	Folha	Chá
62	<u>Limão</u> <i>Citrus lemon</i> (L.) Burm. f. (Rutaceae)	Febre, dor de cabeça de origem estomacal, gripe		Chá
63	<u>Losna</u> <i>Artemisia absinthium</i> L. (Asteraceae)	Problemas do estômago	Folhas	Maceração a frio
64	<u>Macaé</u> <i>Leonurus japonicus</i> Houtt. (Lamiaceae)	Dor de barriga	Folhas	Maceração a frio
65	<u>Macelão (macilicão)</u> <i>Achillea millefolium</i> L. (Asteraceae)	Febre, gripe e dor de cabeça de origem estomacal	Folhas	Chá
66	<u>Macelinha</u> <i>Anthemis cotula</i> L. (Asteraceae)	Dor de barriga		Chá
67	Malina <i>Eclipta alba</i> (L.) Hassk. (Asteraceae)	Febre	Folhas e flores	Banho
68	<u>Mamão</u> <i>Carica papaya</i> L. (Caricaceae)	Estômago, dor de cabeça proveniente de males estomacais (folha) e gripe (flor)	Flores e folhas	Chá
69	Mandioca <i>Manihot esculenta</i> Crantz (Euphorbiaceae)	Anemia	Folhas	Pó
70	Manga	Gripe	Folhas	Chá
71	<u>Manjerição roxo</u> <i>Ocimum selloi</i> Benth. (Lamiaceae)	Gripe, resfriado, tosse, coração e pressão	Folhas	Chá
72	<u>Maroto</u> <i>Acanthospermum hispidum</i> DC. (Asteraceae)	Dor de dente	Folhas	Chá (bochecho)
73	Maxixe <i>Cucumis anguria</i> L. (Cucurbitaceae)	Hepatite, icterícia	Fruto e raiz	Chá (raiz) e ao natural (fruto)
74	<u>Melão-são-caetano</u> <i>Momordica charantia</i> L.	Gripe, dengue		Chá

	(Cucurbitaceae)			
75	<u>Mentrasto</u> <i>Ageratum conyzoides</i> L. (Asteraceae)	Gripe	Folhas	Chá com café forte e sal
76	<u>Milho</u> <i>Zea mays</i> L. (Poaceae)	Problema de rins	“Cabelo”	Chá
77	Mulungu	Depurativo, contra gases e câimbra	Casca	Chá
78	Pacová	Coluna, dor nos ossos, reumatismo e inflamação		
79	<u>Pé de galinha</u> <i>Eleusine indica</i> (L.) Gaertn. (Poaceae)	Pneumonia e gripe	Folhas	Chá
80	<u>Picão</u> <i>Bidens pilosa</i> L. (Asteraceae)	Hepatite, infecção dos rins icterícia, anemia e depurativo		Chá, sumo e banho
81	Pimenta malagueta <i>Capsicum annuum</i> L. (Solanaceae)	Erisipela e limpeza de machucado (folhas) e queimadura de 1º grau (fruto)	Folhas e frutos	Sumo
82	<u>Poejo</u> <i>Mentha</i> sp. (Lamiaceae)	Gripe, e dor de barriga de recém-nascido	Folhas	Chá
83	<u>Pronto-alívio (ponta-livre)</u> <i>Solidago chilensis</i> Meyen (Asteraceae)	Dor, pontadas no peito, pneumonia e cólicas		
84	Quebra-pedra	Rins	Folhas	Chá
85	Rosa branca	Catarata	Flor	
86	<u>Romã</u> <i>Punica granatum</i> L. (Lythraceae)	Dor de garganta	Casca do fruto	Decocção (beber e gargarejar)
87	<u>Sabugueiro</u> <i>Sambucus australis</i> Cham. & Schltdl. (Caprifoliaceae)	Sarampo	Folhas e flores	Chá (flor) e banho (folha)
88	<u>Saião</u> <i>Bryophyllum pinnatum</i> (L. f.) Oken. (Crassulaceae)	Dor de ouvido, gripe e problema de coluna		
89	Salsa <i>Petroselinum</i> sp. (Apiaceae)	Cicatrizante, dor de dente, infecção de útero (raiz)	Folhas e raiz	Pomada e maceração
90	Salsaparrilha	Antibiótico e anti-inflamatório		
91	Sapucaia	Depurativo		
92	Sete-capote	Dor de barriga		
93	Siriguela <i>Spondias mombin</i> L. (Anacardiaceae)	Pressão alta	Folhas	Chá
94	<u>Tomate-cereja</u> <i>Solanum lycopersicon</i> L. (Solanaceae)	Dor de dente (bochechar o chá da folha) e dor de barriga (flor)	Folhas e flores	Chá
95	<u>Trançagem</u> <i>Plantago major</i> L. (Plantaginaceae)	Antibiótico, anti-inflamatório, desintoxicante, depurativo para psoríase, curar feridas velhas e hepatite	Folhas e raiz	Pomada e maceração
96	<u>Urucum (corante)</u> <i>Bixa orellana</i> L. (Bixaceae)	Sintomas de gripe e tosse, abortivo	Sementes e folhas	
97	<u>Vassourinha-doce</u> <i>Scoparia dulcis</i> L. (Scrophulariaceae)	Dor de barriga	Folhas	Chá
98	Veludo (crista de galo)	Tosse, bronquite	Flores	
99	<u>Vick</u> <i>Mentha</i> sp. (Lamiaceae)	Asma, tosse e problemas respiratórios em geral	Folhas	Pomada
100	Zínia (moça-velha)	Infecção de útero	Flores	

- Os espaços em branco representam a não citação da parte utilizada e/ou da forma de preparo pelas famílias.

- Os nomes populares grifados representam as 42 plantas que apresentaram seus usos atribuídos em consonância com os dados da literatura sobre uso popular em pelo menos um dos usos apontados.

7.2.8 Motivação para Utilização de Plantas Medicinais

Nos Questionários, as explicações sobre a motivação da utilização da prática citada foram, principalmente, para a resolução dos problemas mais simples (39,5% - 15 citações), devido dificuldades financeiras para aquisição de medicamentos alopáticos (15,8% - 6 citações) e opção por um tratamento “*mais natural*”, considerando que este é melhor para o organismo e provoca menos efeitos colaterais (15,8% - 6 citações). As falas abaixo retratam bem tais justificativas:

"Tem mães que qualquer coisinha que tem leva pro hospital (...) acho bobagem mãe ir correndo com menino pro hospital (...) o centro de saúde só em últimos casos" (mulher, 44 anos)

"Porque quando a gente descobre que é uma coisa simples, a gente mesmo resolve, e o efeito é bem mais rápido (...) Quando o caso é grave mesmo, a gente procura o médico." (mulher, 39 anos)

"Primeiramente a gente faz com o que tem por aqui mesmo, se não dá jeito, a gente vai pro posto" (mulher, 38 anos)

"Se você tem uma doença grave, como diabete, o chá não cura. [Cura] quando as doenças são mais fracas." (homem, 40 anos)

"A gente vai tentando, vai tentando até o último furo... Quando não tem jeito, a gente compra [remédio de farmácia]. (...) Um caso de gripe, o hospital não te atende." (mulher, 47 anos)

"Tem vários tipos de coisa que é bobeira ir no médico, num sara mesmo: bronquite, asma, pneumonia. Eu levei no médico mesmo só para confirmar [o diagnóstico]." (mulher, 35 anos)

"Às vezes nem tem dinheiro para comprar remédio, então a gente usa daqui mesmo." (mulher, 34 anos)

"Nós tomamos remédio, injeção, mas sempre tomando o remédio [caseiro] sim. (...) Eu prefiro tomar o remédio caseiro. Eu corro de antibiótico mesmo, só no último caso." (mulher, 47 anos)

"Eu tenho remédio de médico, de farmácia, mas o remédio do mato a gente se dá melhor." (mulher, 49 anos)

"Eu acho que remédio de farmácia não é puro." (homem, 43 anos)

Aspectos como dificuldade de acesso ao serviço público de saúde (7,9% - 3 citações), tradição familiar (7,9% - 3 citações), praticidade (5,3% - 2 citações), preferência pessoal (5,3% - 2 citações) e por não confiar no serviço prestado por médicos (2,6% - 1 citação) também apareceram como explicações da motivação de uso, mas em menores frequências. As dificuldades de acesso aos serviços de saúde foram citadas devido a demora no atendimento, distância do Acampamento à cidade e falta de medicamentos na farmácia/posto de saúde. Alguns destes aspectos podem ser observados nas citações a seguir:

"Fica difícil às vezes ir para a rua, então, toma o remédio aqui mesmo"
(homem, 50 anos)

"É melhor fazer em casa do que ir no médico. [Por que? - eu perguntei] Médico só fala mentira." (mulher, 37 anos)

"Já procurei médico, mas ele me enrolou" (mulher, 42 anos)

Um destaque para a referência de que os praticantes da medicina clínica são mentirosos ou enrolados, como demonstrado nas duas falas anteriores. Esta situação, apesar de algumas vezes comum entre as pessoas mais antigas, não deve prevalecer, pois, apesar das diversas alternativas terapêuticas existentes e disponíveis, a medicina oficial, assim como outras opções, é cientificamente comprovada e, a grande maioria de seus profissionais passam por capacitações e treinamentos contínuos para o exercício de sua profissão.

Para o uso das práticas complementares de saúde, sendo a mais citada o uso de plantas medicinais, nas Entrevistas havia o questionamento sobre o porque desta utilização. A tabela a seguir (**Tabela 3**) mostra a frequência das categorias associadas à motivação de uso das plantas medicinais entre os 12 entrevistados. O número de citações ultrapassa o número de entrevistados porque muitas pessoas apresentaram mais de uma justificativa para a motivação:

Tabela 3: Motivação de uso das práticas complementares de saúde entre os entrevistados do Acampamento Padre Gino.

Motivação de uso	Número de citações
Resolução dos problemas mais simples	07
Dificuldades financeiras para aquisição dos medicamentos alopáticos e/ou realizar uma consulta	05
Tradição familiar	04
Opção por um tratamento “ <i>menos químico</i> ”, “ <i>mais natural</i> ”	03
Preferência por acreditar mais no “ <i>poder</i> ” das plantas	03
Por acreditar que “ <i>remédio de farmácia</i> ” pode fazer mal	02
Por considerar que medicamento alopático causa dependência	01
Por acreditar que algumas doenças não podem ser curadas com “ <i>remédio de farmácia</i> ”	01
Total	25

Assim como nas respostas dadas no Questionário, nas Entrevistas a utilização de plantas medicinais (ou outra prática complementar) foi mais justificada para a resolução dos problemas mais simples (aqueles que não precisa ir ao médico) e pela dificuldade financeira para comprar outros remédios ou marcar por uma consulta (no caso de não conseguir atendimento pelo SUS), conforme pode ser observado na tabela acima e nas falas a seguir:

“Quando vai... toma o medicamento aqui e a coisa... o mal persiste, então aí procura o médico. Porque muitas pessoas nem utiliza isso, vai direto pro médico, mas outras já... né!, mexe aqui mesmo, toma o chá primeiro, pra depois..., as vezes né, não dá certo, aí as pessoas as vezes num espera também né o chá fazer efeito e já vai encaminhando logo pro médico.” (E4)

“Tem, tem vários remédios, né, para outros caso de doença, que resolve, né, mas o mais importante mesmo é que a gente tem que levar pro médico, né, pra

resolver melhor, a gente faz a parte da gente mas quando não dá certo a gente leva pro médico.” (E5)

“E quando aparece uma gripe na pessoa não vai falar assim: “eu tenho que ir no hospital porque eu tô com febre, tô com gripe”, né! Então, pega a foia [folha] de manga, uma foia de caju, uma foia de andu, uma foia de corante, né, trançagem...” (E6)

“Na maioria nós tomamo um chá aqui e valeu tanto que... no médico, só em último caso, não teve jeito... (...) Aqui é a planta medicinal mesmo, igual nós tamo falando, financeiramente nós não temo condição de consegui esses remédio... entendeu? A condição que oferece é essa mesmo, aparecer pessoas pra aprender aqui nós mesmo, correr atrás dos nossos remédio, quando eu não sei, “aqui, oh, tô com isso” e reclamo com uma pessoa que sabe, a pessoa “oh fulano, toma esse remédio”, né!” (E7)

“A primeira coisa da alternativa primeiro é o bolso, porque se ele vai no médico, o médico vai logo passar um remédio. Como eu disse, na farmácia hospitalar não tem. Automaticamente ele vai morrer na farmácia, vai ter que ir na farmácia e vai mexer no bolso. E o acampado geralmente não tem o bolso assim cheinho de nota de 50, 100 reais. Aí, o que que acontece, ele vai partir para valorizar mais a sua parte de saúde alternativa, usando os produtos naturais.” (E12)

“É engraçado, Marília, que as pessoas mais pobres, essas que a gente trabalha aqui no Acampamento, elas acreditam menos no poder das plantas. E esse tratamento que a gente faz geralmente quem procura não são os mais pobres, esses só vem mesmo porque não tem dinheiro para comprar os remédios, acreditam menos no poder das plantas. Mas aí depois que vem, aí que toma o remédio, e melhoram das doenças ou resolve aquele problema, aí passa automaticamente a fazer parte dessa... desse grupo que usa as plantas medicinais. Mas no primeiro momento eles vêm só pela questão financeira, porque não tem outra opção... Não tem dinheiro para comprar remédio... Não tem dinheiro para comprar o remédio; no SUS, consulta e aí não tem dinheiro para comprar e fica meses e meses guardando uma receita até que já não vale

mais... então, no primeiro momento eles vêm porque não tem dinheiro, mas depois que conhece o tratamento, que vê que com a planta o resultado vai ser total, vai conseguir curar várias doenças, aí ficam fazendo parte desse grupo com a gente.” (E1)

Vale ressaltar que pelo senso comum, seja entre a população urbana ou a rural, são poucas as pessoas que procuram de imediato o atendimento médico para os problemas mais simples e/ou corriqueiros de saúde.

Nas Entrevistas, as outras motivações como tradição familiar, opção por um tratamento menos químico, a crença no poder de cura das plantas, pela dependência que os alopáticos podem causar, por acreditar que remédio de farmácia faz mal ou não é útil para todos os problemas pode ser observado abaixo:

“Agora mesmo a minha companheira, até falou comigo ali pra me arrumar pra ela broto de laranjeira, bravo do mato, que é bom tomá o chá pra não dá esporão no pé (...) ela aprendeu com os pai dela, com os avó e eu acho bonito, importante a gente sabe disso...” (E7)

“Isso é por... como eu te disse, pela questão dos antepassado, nossos avós, nossos pai... essa crença vem deles.” (E4)

“Oh, menina, olha: o médico num ponto, em primeiro lugar Deus deixou o médico, e antigamente não tinha farmácia, não tinha médico, não tinha farmacêutico. Antigamente os pai mesmo era igual índio. Os pai ia lá, juntava aquelas raiz, cozinhas, dava... O meu avó era intaliano [italiano], meu avó nunca mexeu com farmácia não. Sabe qual é o remédio de farmácia que ele usava? Cremelano [para tirar enfermidade do corpo, por para fora]. O remédio que nós tomava era do mato. Lumbrigueiro era santa Maria, fazia doce de santa Maria, dava pras crianças de manhã cedo pra chupa bala, fazia aquele monte de balinha. Ninguém sabia o que era lumbrigueiro antigamente não.” (E10)

“É sim, é por causa da natureza, já chama natureza, né, então é mais sem química, sem... ela é pura, ela vai em cima do poblema mesmo, só a pessoa fazer o medicamento certo, né, tomá nas hora certa. Então é muito bom isso aí,

é muito bom... pro Movimento e pra nós mesmo que vive dentro, né. Criando um modo de viver mais, viver mais...” (E8)

“Ah, eu sou do tipo dos antigos, né?! A gente aqui acredita que primeiro Deus, segundo a medicina... né, sobre a medicina verde, como nós chamamos aqui, ela não tem produto químico, ela é natural.” (E4)

“Acho que primeiro... acho que sempre é quando já tem um pouco de formação. Já sabe que aqui a medicina é pura, a medicina alternativa é pura. Segundo que lá [no posto, farmácia] já tem aquela química, né, e terceiro acho que é a condições mesmo, financeira, e a burocracia que ce tem que ir lá pegá ficha, voltá no outro dia. De repente, já aconteceu, a pessoa morre e não chega o dia dele consultar e tem outro na frente. (...) Esse medicamento que ce compra na farmácia, por exemplo, a gente sabe – a gente que tem um pouquinho de informação – sabe que isso aí é... se miora uma coisa, piora dez. E remédio que a gente faz em casa é puro e os companheiro não valoriza tanto... pelo tanto que a gente luta para ter.” (E9)

“Porque se a gente for usar sempre os remédio de farmácia vai viver direto usando remédio de farmácia. Os remédio do mato, a gente organizando sempre todos os dias aquele chazinho, vai invitá [evitar] de ir em farmácia. Talvez seria melhor do que ficá sempre usando um comprimido [comprimido], porque um comprimido vai fazer... através do comprimido pode acabar mais com a saúde. Pru que eu, pelo menos, esses dia tô sentindo uma dor na boca do estômago [estômago], eu acho que é através dos comprimido que eu tomo pra asma, sabe?, então a gente aprecia mais os remédio de horta.” (E2)

“Ah, pra peleumonia [pneumonia] mesmo, tem a erva de bicho, né. Mas não aquela que dá no gaio de espinho, aquela que dá no pau que não dá espinho. Tem o pé de galinha, tem um azeite que é feito... a gente faz aquele azeite, coloca uma gotinha e pode dá a criança, pode dá adulto também pra tomá. Resolve o problema. Porque médico não cura peleumonia, ele paleia a peleumonia, então esse remédio é um ótimo remédio pra peleumonia.” (E6)

7.2.9 Resgate de Práticas Complementares de Saúde pelo MST

Percebe-se um incentivo por parte do MST, enquanto organização, de fortalecer o uso de práticas complementares de saúde na busca por melhor qualidade de vida, rompendo as amarras e cercas da nossa atual política de saúde excludente. Este fortalecimento perpassa também na capacitação de mais pessoas sobre algumas práticas e na necessidade de se conhecer melhor para que não existam malefícios na utilização.

“Não, esse é um interesse nacional do Movimento Sem Terra. Tem alguns estados aí, que dentro das próprias áreas, como é o caso do Rio Grande do Sul, também em São Paulo, já tem várias experiências, e vários outros estados, onde dentro dos assentamentos já se tem as farmácias e que as famílias, quase que 100% das famílias, só utilizam as plantas medicinais. É uma orientação nacional nossa desse resgate das plantas medicinais, do conhecimento do poder curativo das plantas.” (E1)

“Sabe porque que eles [o MST] prefere fazer assim? É pra..., uma porque num tem dinheiro pra comprá, né, e esses remédio feito em casa, esses remédio caseiro, é melhor do que esses remédio... tem uns remédio na farmácia que precisa de usar mesmo, né, mas agora tem outros remédio que nem precisa não, a gente faz aqui mesmo e resolve os problemas.” (E6)

“Isso aí é importante. O nosso movimento, o MST, ele zela muito por essa parte alternativa, a natureza, né. A natureza viva na vida das pessoas. Geralmente, a primeira coisa que tem plantado em nossos acampamentos é logo a saúde (...).” (E12)

Um entrevistado citou a fabricação de alguns medicamentos feitos a partir de plantas, bem como aquisição de alopáticos, para montagem de um arsenal básico de medicamentos, para casos de necessidade, durante as marchas e manifestações do MST.

“Isso, isso aí tem sim. Igual na época que nós fomos a Valadares, em setembro de 2002, eu era no caso coordenador, aí a gente leva o kit. Pega também nas farmácias, assim algum remédio para dor de cabeça. Se tá lá estressado, meio

nervoso ou com alguma coisa, aí a gente usa os comprimidos. Mas é muito difícil. Geralmente, vai uma equipe na frente, já vai logo destilando [destilando] os remédios para isso e pra aquilo, pra determinadas doenças simples, aí já dá logo pra aquela pessoa e, geralmente, melhora. Mas o que atrapalha muito é o cansaço, mas a isso faz parte da marcha, mas não tem constatado em nossas caminhadas nenhum fato grave não, graças a Deus tudo tem sido normal. Geralmente, a gente leva até o kit de saúde, mas nem usa, o pessoal já tá imunizado com as nossas plantas e com a medicina alternativa.” (E12)

Para algumas pessoas existe também uma dimensão política na valorização das práticas complementares de saúde. Essa percepção do resgate das práticas complementares é mais evidente quando a entrevista era realizada com algum militante do Movimento. Percebi que quanto maior envolvimento de uma pessoa com o MST, enquanto organização política e militante, maior a postura frente a essa nova concepção de saúde defendida pelo Movimento e maior ainda a visão da necessidade de um sistema de saúde menos excludente. Nos militantes do MST é bem mais claro ver a opção e o resgate das práticas complementares de saúde, que para eles funciona mais como uma escolha do que como uma falta de opção. Sobre esse assunto, acrescento aqui algumas linhas do meu diário de campo:

“Não sei se as coisas vão acontecer da forma que eu imaginava quando elaborava o meu projeto em BH. Hoje, me parece que a utilização de terapias complementares é mais uma influência política (por parte dos militantes mais envolvidos) do que uma força tradicional.” (Frei Inocêncio, 10/01/2004, 21:30h)

Escrevi isso no dia que cheguei na cidade de Frei Inocêncio, só fui para o Acampamento no dia seguinte. Hoje, percebo que existe sim essa influência política, incentivando a utilização de uma “*medicina mais natural*”, mas esta influência é muito fluída, tranqüila, sem imposição. Muito pelo contrário, é colocada como uma das possibilidades de se obter e manter a saúde. E uma possibilidade muito boa e muito bem aceita pelas famílias, que pelas mais diversas razões utilizam freqüentemente uma planta ou outra para o alívio e cura de problemas.

7.2.10 Horta Medicinal

O MST incentiva a construção de hortas medicinais nas áreas de Acampamento e Assentamento. O Acampamento Padre Gino não possui uma horta medicinal comunitária, apenas plantas medicinais cultivadas individualmente nos quintais das famílias. Mas, esta possibilidade faz parte do planejamento de ações do Setor de Saúde local. Nenhuma outra área da Regional Vale do Rio Doce possui uma horta medicinal comunitária. Existe também a proposta de construção de um mini-laboratório no Assentamento Oziel Alves Pereira (Governador Valadares), Assentamento este que abriga a sede da Regional do MST, onde haveria uma horta medicinal central, secagem das plantas e preparação de tinturas.

Entre os entrevistados, nove ressaltaram a importância da construção desta horta coletiva, como espaço de aprendizagem e fonte de medicamentos básicos, sendo um complemento às hortas nos quintais familiares. Além da horta medicinal comunitária foi citada também a troca de plantas medicinais entre vizinhos. Percebe-se que a espera pela instalação definitiva na área (ou em outra área) seja o maior empecilho para a construção desta horta, pois o grande receio é fazê-la e depois ter que abandoná-la.

“Eu acho muito interessante se tivesse a horta comunitária, a horta de remédio, e tê uma pessoa que interesse, que tem boa vontade, de nós tê esse remédio já fabricado. Remédio pra febre, contra dengue, remédio pra menino que teve uma gripe e vira pneumonia, né. Então eu acho muito interessante tê e tê uma pessoa que a gente entende que num tá me dando um...vai me dá ou dá um filho meu, vai dá um companheiro aí, um remédio errado. Quer dizer, vai dá um remédio que a pessoa que tá ali, ele tem a prática por sabedoria mesmo, que estudou e sabe que aquele remédio, aquele chá que ele tá dando é um chá valioso, valioso igual um remédio de farmácia, né. Porque diz que o remédio de farmácia é tirado até da própria natureza, né. Então eu acho que tendo essa pessoa que ajuda, que entende do re médio, pra nós tê a horta comunitária do remédio, isso vai ser muito importante pra... não só pra esse Acampamento, mas pra todos os Acampamento, todos os acampado, porque nós temo pessoa aqui dentro que pra uma pneumonia forte ele não tem uma pessoa pra dar um remédio, com sabedoria de tá dando pra acertar.” (E7)

“Com certeza é interessante. Se já tivesse já, talvez o Coletivo já tava muito mais adiantado e mais valorizado, mais acreditado. Quando eles vêm procurar

a gente não tem remédio: vem uma vez, procura e não tem, vem outra, procura e não tem, e aí... acho que é por aí que a pessoa esmorece...” (E9)

“É sim, porque nós aprendemos... quem sabe até eu mesmo posso aprender a trabalhar na medicina de raízes, de horta. Porque a gente nunca pode viver só de farmácia, em primeiro lugar. Então, a gente tendo, um aprende, outro aprende, e com isso vai crescendo a população com a sabedoria maior, né. (...).” (E10)

“Pra mim tomar, eu faço. (...) A horta comunitária eu acho uma coisa linda, mas cada um pode ter uma no seu quintalzinho também.” (E11)

“Nós já tentamos prumas 3 ou 4 vezes essa horta alternativa, que é de suma importância pra nós aqui. Mas realmente não vai, porque tem o fator da temperatura, né, tem plantas que não resistem a seca, outras já resistem. Há também as nossas mudanças, porque nós mudamos muito de um lugar para outro, mais de umas 6 mudanças, então isso tudo fica para trás quando a gente faz. Assim, eu acredito que assim que nós fixa num determinado lugar, se Deus quiser, talvez aqui seja o mais breve possível, a gente vai ter. Mas em cada canteiro de casa, dos nossos companheiro, tem uma horta, aonde ele pode encontrar muitos remédio alternativo. Então um ajuda o outro, se você não tem aqui, mas tem lá em casa, né, então isso ajuda muito esse fator.” (E12)

A construção de uma horta medicinal (comunitária ou familiar) é uma boa opção como fonte de plantas com propriedades medicinais. Esta horta pode ser realizada através da parceria com Universidades, ONG's e Instituições, para devida identificação e seleção das plantas a serem utilizadas.

7.3 Material Educativo

Após esses 12 meses acompanhando, experimentando, aprendendo, cheirando e sentindo a vida das famílias do Acampamento Padre Gino foi possível compilar um pouco das informações e noções das famílias sobre a saúde e transformá-las em dois protótipos de materiais educativos: um livro de estória e um livreto técnico. A idéia da elaboração destes materiais foi uma construção compartilhada com o Setor Regional de Saúde do MST.

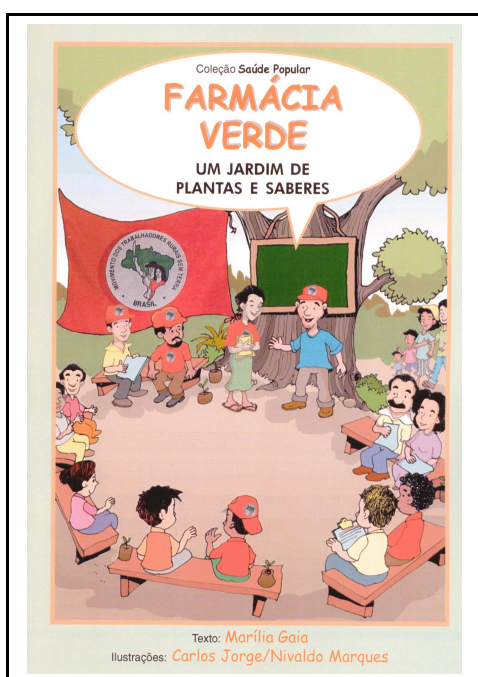
As ilustrações destes materiais foram realizadas por Carlos Jorge Nunes e Nivaldo Marques.

Na verdade, ainda é apenas uma proposta de material educativo. Só após a defesa desta Dissertação, as famílias do Acampamento e o MST serão capazes de conhecer e avaliar, numa proposta futura de estudo piloto para adequação da linguagem e do conteúdo.

A idéia foi tentar criar um diálogo gostoso, não normatizador, entre os saberes popular e científico, na tentativa de aprimorar a utilização das plantas medicinais e as questões relativas à saúde por parte da comunidade acampada e assentada. Pois, ficou claro para mim, que algumas informações básicas eram necessárias para um melhor aproveitamento das propriedades das plantas, assim como referências em relação às restrições de uso.

O livro de estória tem como público-alvo os escolares e o livreto técnico, os agentes de saúde comunitária do MST e demais pessoas interessadas no assunto.

A seguir está apresentada a capa do dois materiais que podem ser observados e analisados no **Apêndice V**.



Considerações Finais



Distribuição das pomadas produzidas ao final da Oficina da Saúde
(Acampamento Padre Gino – Frei Inocêncio / MG).
(em 03/04/2004, por M. Gaia)

*“(...) Pensar no Brasil sem lembrar do sertão
É como negar o alicerce de uma construção
Amar o Brasil sem louvar o sertão
É dar um tiro no escuro
Errar no futuro da nossa nação (...)”*

música Do Brasil, de Vander Lee

As condições de saúde das famílias no Acampamento Padre Gino, e em demais acampamentos rurais, ainda não estão totalmente em conformidade com as indicações globais de “*saúde para todos*”. Prova disso é a existência de um sistema paralelo de busca e manutenção da saúde: uma junção das práticas da medicina oficial com as da medicina tradicional, formando um sistema popular de cuidado com a saúde. Este sistema paralelo não deixa de ser um tratamento sincrético, e por muitas vezes harmonioso, que alia racionalidades distintas em saúde.

O atendimento primário em saúde no Acampamento não é exclusivo dos profissionais do Programa de Saúde da Família, pois, na falta ou até na presença destes, este cuidado básico é compartilhado também com o Setor de Saúde local e pelos companheiros e companheiras mais próximos. Desta forma, a transmissão do conhecimento de saúde na área ocorre tanto verticalmente (entre gerações) quanto horizontalmente (entre os sujeitos de uma mesma geração), propiciando uma rede de apoio social para as famílias.

O conhecimento popular sobre saúde é essencial e deve, a medida do possível, estar aliado às investigações científicas desenvolvidas nas Universidades, Centros de Pesquisa e Instituições de saúde.

A utilização de práticas complementares, entre as famílias do Acampamento Padre Gino, para busca e manutenção da saúde é uma realidade, principalmente, o uso das plantas medicinais. Esta utilização é algumas vezes uma opção pessoal (para a resolução dos problemas mais simples, preferência, praticidade, tradição familiar, etc.) ou uma imposição social (dificuldade financeira, dificuldade de acesso aos serviços oficiais de saúde, etc.), variando com a especificidade do momento ou do problema.

Boa parte dos resultados encontrados nesta Dissertação concorda com aqueles encontrados por Medeiros et al. (2004), os quais relatam que a cultura da automedicação (comum entre os brasileiros) e, principalmente, o custo dos medicamentos alopáticos, fazem com que a população prefira seguir o tratamento baseado no conhecimento da medicina tradicional caseira, fazendo das plantas algo indispensável na terapêutica e manutenção da saúde.

Mas, uma questão que precisa ficar clara é que os medicamentos elaborados a partir de plantas medicinais são, em muitos casos, uma excelente opção terapêutica, quando as plantas são devidamente conhecidas e os medicamentos corretamente elaborados e ministrados. Ou seja, apesar de ser, muitas vezes, uma alternativa aos altos custos dos medicamentos químicos alopáticos, as plantas medicinais não podem ser caracterizadas, minimizadas e vulgarizadas apenas como ‘*remédio de pobre*’.

Olhando a realidade e a postura das famílias do Acampamento Padre Gino percebe-se que as estratégias e programas na área de saúde devem, mais do que nunca, ser adaptados às necessidades e possibilidades das populações envolvidas e levar em consideração as diferenças em seus sistemas sociais, culturais e econômicos.

A condição essencial para o enfrentamento das questões de saúde e da garantia do direito à saúde é a exigência da consolidação de políticas públicas intersetoriais. Uma vez que a situação de saúde é também uma questão política e deve encontrar algumas de suas soluções através da mesma.

O cenário nacional exige a criação de um novo modelo de promoção e assistência à saúde para as famílias envolvidas no processo da Reforma Agrária, não devendo existir, porém, distinção no atendimento à saúde por a pessoa ser Sem Terra, acampada ou assentada, ou por qualquer outro fator que é comum de discriminação no nosso país.

O Sistema Único de Saúde significou a inclusão social de milhares de brasileiros, inclusive os trabalhadores e trabalhadoras rurais, aos serviços públicos de saúde, mas, apesar da universalização do acesso, a atenção ainda não é universal.

É inegável a importância e a necessidade do SUS para o desenvolvimento social, e também econômico, do nosso país e que este representou um salto de qualidade na vida das pessoas. No entanto, há ainda um longo caminho a percorrer para se consolidar efetivamente o Sistema, garantindo todos os princípios preconizados.

Se entre as famílias do Acampamento a avaliação do SUS é positiva, não se pode cair, então, na passividade: deve-se continuar com o que está bom e lutar para melhorar as carências.

Algumas alternativas são passíveis para o aprimoramento da atual atenção primária à saúde, entre elas a inclusão da fitoterapia e de outras práticas complementares nos serviços oficiais de saúde. A introdução da fitoterapia é uma alternativa comprovadamente pouco custosa, segura e bem resolutive. Opções complementares para prevenção e diagnóstico de doenças também podem ser utilizadas nos serviços de saúde e, não só, opções relacionadas ao tratamento.

A população, entre ela a de Acampamentos e Assentamentos rurais, deve fazer valer seu lugar nos Conselhos de Saúde (municipais, estaduais e nacional) para que seja efetiva a participação dos diversos extratos da sociedade nas decisões referentes à saúde. E, estes Conselhos devem ser, de fato, um espaço deliberativo, representativo e participativo.

Perspectivas e Desafios



Sem Terrinhas do Acampamento Padre Gino – futuro e esperança de uma real Reforma Agrária

(Acampamento Padre Gino – Frei Inocência / MG).

(em 12/09/2004, por C. Santana)

Muitos são os sonhos com a finalização desta Dissertação. Se pelo menos parte deles se tornarem realidade, já foram válidas as tantas noites de sono perdido, pensando na sistematização da pesquisa e na tão esperada Reforma Agrária.

Muitas de minhas vontades estão longe do meu domínio individual (criação de um novo modelo de promoção e assistência à saúde e a inclusão da fitoterapia nos serviços públicos oficiais). Porém, existe uma série de metas para o futuro que poderei desenvolver em parceria com o Setor Estadual de Saúde do MST, com o Centro de Pesquisa René Rachou e demais parceiros, tais como:

- Testar o material educativo proposto, visando uma adequação de conteúdo e linguagem, bem como verificar a relevância e possíveis contribuições para a melhora das condições da vida das famílias em acampamentos e assentamentos rurais;
- Fazer com que o material educativo elaborado e as informações desta Dissertação sejam disseminados entre a população acampada e assentada do MST de Minas Gerais e no meio acadêmico-científico (elaboração de artigos científicos);
- Contribuir para a efetivação das hortas medicinais nas áreas do MST de Minas Gerais;

Nesta Dissertação também ficou clara a necessidade de estudos mais aprofundados e trabalhos continuados de educação em saúde com a população que abordem a interação entre diferentes tipos de medicamentos (alopáticos, fitoterápicos e ‘*naturais*’), a automedicação, a lógica de que ‘*remédio do mato*’ não faz mal algum, entre outros.

Fica também o desafio de transformar a “*saúde para todos*” em um direito, não limitá-la apenas a um serviço, que pode ou não ser prestado.

Amém!

Referências Bibliográficas

- Albuquerque CCS, Castro AJW, Roas RJ 2000. Análise situacional de saúde para assentados da Reforma Agrária. Nead-MDA, Brasília, 61pp.
- Almeida AM, Almeida TM, Gollner AM 2000. Cirurgias espirituais: uma investigação. Rev. Ass. Méd. Brasil 46(3): 194-200.
- Alzugaray D & Alzugaray C 1983. Plantas que curam: a natureza a serviço de sua saúde. Ed. Três, São Paulo, 20 pp.
- Amorim JA 1999. Fitoterapia popular e a saúde da comunidade; diagnóstico para proposta de integração nos serviços de saúde em Campina Grande, Paraíba, Brasil. Tese de doutorado em Saúde Pública. USP, 316 pp.
- Amorozo MCM, Gély A 1988. Uso de plantas medicinais por caboclos do Baixo Amazonas, Barcarena, PA, Brasil. Bol. Mus. Para. Emílio Goeldi, Sér. Bot. 4(1): 47-131
- Amorozo MCM 1996. A abordagem etnobotânica na pesquisa de plantas medicinais. In LC Di Stasi, Plantas Mediciniais: Arte e Ciência, Ed. UNESP, São Paulo, p. 47-68.
- Araújo MAM 1998. Das ervas medicinais à fitoterapia; encontros e desencontros entre as lógicas biomédica e popular. Dissertação de mestrado em Antropologia Social. Universidade de São Paulo, 140 pp.
- Araújo MAM 2000. Bactrins e quebra-pedras. Interface – Com., Saúde e Educ. 7: 103-110.
- Arroyo M 2001. As bases da educação popular em saúde. Rev. Radis 21: 7.
- Assis MA, Villa TCS, Nascimento MAA 2003. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. Ciên. & Saúde Col. 8(3):815-823.
- Ávila-Pires FD 1995. Teoria e prática das práticas alternativas. Rev. Saúde Pública 29(2): 147-151.
- Bannerman RH 1980. Organization and cooperation for the development os studies on plants used in traditional medicine: some guidelines for research and studies. J. Ethnopharmacology 2: 189-192.
- Barbier R 2002. A Pesquisa-Ação. Trad. Lucie Didio, Série Pesquisa em Educação v. 3, Ed. Plano, Brasília, 157 pp.

Barbosa AR, Frade JCPQ, Faustino CMA 2003. Plantas medicinais e fitoterápicos no serviço público de saúde; o exemplo de João Monlevade. In MGL Brandão, Plantas Mediciniais e Fitoterapia, Faculdade de Farmácia da UFMG, Belo Horizonte, p. 101-106.

Bardin L 1977. Análise de conteúdo. Edições 70, Lisboa.

Behrens PE 2003. Utilização de plantas medicinais e fitoterápicos por profissionais da área de saúde: aspectos éticos. In MGL Brandão, Plantas Mediciniais e Fitoterapia, Faculdade de Farmácia da UFMG, Belo Horizonte, p. 109-111.

Bezerra A 1984. As atividades em educação popular, In CR Brandão (org), A questão política da educação popular, 4ª ed., Ed. Brasiliense S.A. p. 16-39.

Boff C 1986. Como trabalhar com o povo: metodologia do trabalho popular. 6ª ed., Ed. Vozes, 118pp.

Bogo A 2003. Arquitetos dos Sonhos. 1ª ed., Ed. Expressão Popular, 452 pp.

Bonati A 1980. Medicinal plants and industry. J. Ethnopharmacology 2: 167-171.

Boruchovitch E & Schall VT 1999. Questionnaires in health education research: advantages and disadvantages of open-ended questions – implications for health research methodology. Ciência e Cultura 51(1): 12-15.

Bourdy G, DeWalt SJ, Michel LRC, Roca A, Deharo E, Muñoz v, Valderrama L, Quenevo C, Gimenez A 2000. Medicinal plants uses of the Tacana, an Amazonian Bolivian ethnic group. J. Ethnopharmacology 70: 87-109.

Brandão CR 1984. Educação alternativa na sociedade autoritária. In V Paiva (org), Perspectivas e dilemas da educação popular, Edições Graal, Rio de Janeiro, p. 171-226.

Brandão CR (org) 1986. Pesquisa Participante. 6ª edição, Editora Brasiliense, São Paulo, 211 pp.

Brandão MGL 2003. Introdução. In MGL Brandão, Plantas Mediciniais e Fitoterapia, Faculdade de Farmácia da UFMG, Belo Horizonte, p. 1-4.

Brandão MGL, Bandeira CC, Andrade GTB 2003. Circuito das plantas Mediciniais e Aromáticas de Belo Horizonte – Guia Informativo. Belo Horizonte, 68 pp.

Brasil 1964. Estatuto da Terra, Lei no 4.504 de 30 de novembro de 1964.

Brasil 1990a. Lei Orgânica da Saúde 8.080/90. Congresso Nacional Brasileiro.

Brasil 1990b. Lei Orgânica da Saúde 8.142/90. Congresso Nacional Brasileiro.

Brasil 1998. Guia e de produção e uso de materiais educativos. Ministério da Saúde, Coord. Nacional DST/AIDS, Brasília, 65pp.

Brasil 2000. Decreto nº 40 de 25 de fevereiro de 2000. Diário Oficial.

Brasil 2002a. Conheça a história e como funciona o SUS. Área Técnica da Promoção da Saúde, Ministério da Saúde, Brasília – DF.

Brasil 2002b. Carta compromisso pela consolidação do Sistema Único de Saúde por uma política de cidadania. Sala de Sessões (05/09/2002), Conselho Nacional da Saúde, Ministério da Saúde.

Brasil 2003a. O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 1ª ed., 2ª reimpr, Brasília – DF.

Brasil 2003b. SUS – 15 anos de implantação: desafios e propostas para sua consolidação. Textos Básicos de Saúde, Série Políticas de Saúde, Série B, Ministério da Saúde, Brasília – DF.

Cáceres F 1993. História do Brasil. 1ª ed., Ed. Moderna. 384 pp.

Carta de Ottawa 1986. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, Canadá, nov/1986.

Carvalho MAP, Acioli S, Stotz EM 2001. O processo de construção compartilhada do conhecimento: uma experiência de investigação científica do ponto de vista popular. In EM Vasconcelos (org.), A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da Rede de Educação Popular e Saúde, Ed. HUCITEC, São Paulo, 2001, p. 101-114.

CEATRIM 2004. Interações entre plantas e medicamentos. Informativo do Centro de Apoio à Terapia Racional pela Informação sobre Medicamentos, nº3.

Declaração de Alma-Ata 1978. Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 set/1978.

Declaração de Adelaide 1988. Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Adelaide, Austrália, 5-9 abr/1988.

Declaração de Jacarta 1997. Quarta Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Jacarta, Indonésia, 21-25 jul/1997.

Declaração de Santafé de Bogotá 1992. Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Santafé de Bogotá, Colômbia, 9-12 nov/1992.

Di Stasi LC 1996a. Introdução. In LC Di Stasi, Plantas Medicinais: Arte e Ciência, Editora UNESP, São Paulo, p. 9-14.

- Di Stasi LC 1996b. Arte, Ciência e Magia. In LC Di Stasi, Plantas Mediciniais: Arte e Ciência, Editora UNESP, São Paulo, p. 15-22.
- Di Stasi LC 1996c. Conceitos básicos na pesquisa de plantas medicinais. In LC Di Stasi, Plantas Mediciniais: Arte e Ciência, Editora UNESP, São Paulo, p. 23-28
- Di Stasi LC, Oliveira GP, Carvalhaes MA, Queiroz-Júnior M, Tien OS, Kakinami SH, Reis MS 2002. Medicinal plants popularly used in the Brazilian Tropical Atlantic Forest. *Fitoterapia* 73: 69-91.
- El Andaloussi K 2004. Pesquisas-Ações: ciências, desenvolvimento, democracia, Trad. M Thiollent, EdUFSCar, São Carlos, 192 pp.
- Elisabetsky E, Trajber R, Ming LC 1995. Manual de coleta de plantas em reservas extrativistas. New York: Rain Forest Alliance, 32pp.
- El-Kamali HH 2000. Folk medicinal use of animal products in central Sudan. *J. Ethnopharmacology* 72: 279-282.
- Elvin-Lewis M 2001. Should we be concerned about herbal remedies? *J. Ethnopharmacology* 75: 141-164.
- Esteves TV 2002. Organização social e estratégias alimentares de sobrevivência em acampamento do Movimento Sem Terra, estado do Rio de Janeiro. ENSP – Fiocruz. Dissertação de mestrado em Ciências na área de Saúde Pública. 115 pp.
- Fals Borda O 1986. Aspectos teóricos da pesquisa participante: considerações sobre significado e o papel da ciência na participação popular. In CR Brandão (org), Pesquisa Participante, 6ª ed., Ed. Brasiliense, São Paulo, p. 42-62.
- Farnsworth NR 1980. The development of pharmacological and chemical research for application to traditional medicine in developing countries. *J. Ethnopharmacology* 2: 173-181.
- Fernandez EC, Sandi YE, Kokoska L 2003. Ethnobotanical inventory of medicinal plants used in the Bustillo Province of the potosi Department, Bolívia. *Fitoterapia* 74: 407-416.
- Ferreira ABH 1975. Novo dicionário da língua portuguesa. Ed. Nova Fronteira, 1ª ed., Rio de Janeiro, 1517pp.
- Ferreira HS, Albuquerque MFM, Ataíde TR, Moraes MGC, Mendes MCR, Siqueira TCA, Silva GJ 1997. Estado nutricional de crianças menores de 10 anos residentes em invasão do “Movimento dos Sem-Terra”, Porto Calvo, Alagoas. *Cad. Sau. Pub.* 13(1): 137-139.
- Freire P 1973. Pedagogia del oprimido. Trad. J Mellado. 10ª ed., Siglo XXI Argentina Editores S. A., 271 pp.

Freire P 1986. Criando métodos de pesquisa alternativa: aprendendo a fazê-la melhor através da ação. In CR Brandão (org), Pesquisa Participante, 6ª ed., Ed. Brasiliense, São Paulo, p. 34-41.

Freire P 1992. Pedagogia da esperança – um reencontro com a pedagogia do oprimido. 3ª ed., Ed. Paz e Terra, Rio de Janeiro, 245 pp.

Garcia PB 1984. Educação popular: algumas reflexões em torno da questão do saber. In CR Brandão (org), A questão política da educação popular, 4ª ed., Ed. Brasiliense S.A., p. 88-121.

Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Reis DC, Penna CMM 2005. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. Cad. Sal. Pub. 21(1): 200-206.

Gomes DLS, Romanholi LM, Souza MTG 1985. A fitoterapia e a homeopatia como práticas médicas alternativas. Rev. Brás.. Enf. 38(3/4): 329-348.

Green EC, Zorwe B, Dupree JD 1995. The experience of an aids prevention program focused on south african traditional healers. Soc. Sci. Med. 40(4): 503-515.

Hirschmann GS, Arias AR 1990. A survey of medicinal plants of Minas Gerais, Brazil. J. Ethnopharmacology. 29: 159-172.

IBGE. 2004. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. www.ibge.gov.br/cidadesat Capturado em 04/07/2004.

Laplantine F 1991. Antropologia da doença. Tradução WL Siqueira, 1ª edição, Editora Martins Fontes, São Paulo, 274 pp.

Leite S, Heredia B, Medeiros L, Palmeira M, Cintrão R 2004. Impactos dos assentamentos: um estudo sobre o meio rural brasileiro. IICA/Nead-MDA. Brasília, 392pp.

Leporatti ML & Ivancheva S 2003. Preliminary comparative analysis of medicinal plants used in the traditional medicine of Bulgaria and Italy. J. Ethnopharmacology 87: 123-142.

Lopez A, Hudson JB, Towers GHN 2001. Antiviral e antimicrobial activities of Colombian medicinal plants. J. Ethnopharmacology 77: 189-196.

Lorenzi H & Matos FJA 2002. Plantas Medicinais no Brasil – nativas e exóticas. Instituto Plantarum, São Paulo, 512 pp.

Luz MT 1997. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. Rev. Saúde Col. 7(1): 13-43.

Mançano B 2000. Brasil: 500 anos de luta pela terra. <http://www.mst.gov.br/biblioteca/textos/reformagr/500anos.html> Capturado em 23/06/2003.

- Manfredi SM 1984. A educação popular no Brasil: uma releitura a partir de Antônio Gramsci. In CR Brandão (org), A questão política da educação popular, 4ª ed., Ed. Brasiliense S.A., 211 pp.
- Manzano M 2003. SUS, urros e sussuros. Rev. Caros Amigos 81.
- Marins F 1990. A Guerra de Canudos. 2ª ed., Ed. Ática. 32 pp.
- Martins ER, Castro DM, Castellani DC, Dias JE 2003. Plantas Mediciniais. 5ª reimpressão, Editora UFV, Universidade Federal de Viçosa, 220 pp.
- Maués RH 1994. Medicinas populares e “Pajelança Cabocla” na Amazônia. In PC Alves & MCS Minayo (org), Saúde e Doença: Um olhar Antropológico, Ed. Fiocruz, Rio de Janeiro, p. 73-82.
- Medeiros MFT, Fonseca VS, Andreato RHP 2004. Plantas medicinais e seus usos pelos sítiantes da Reserva Rio das Pedras, Mangaratiba, RJ, Brasil. Acta Bot. Brás. 18(2): 391-399.
- Minayo MCS 1992. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Ed. Hucitec-Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro, pp. 269.
- Minayo MCS 1994. Representações da cura no catolicismo popular. In PC Alves & MCS Minayo (org), Saúde e Doença: Um olhar Antropológico, Ed. Fiocruz, Rio de Janeiro, p. 57-72.
- Ming LM 1996. Coleta de plantas medicinais. In LC Di Stasi, Plantas Mediciniais: Arte e Ciência, Ed. UNESP, São Paulo, p. 69-86.
- Moreira RCR, Rebêlo JMM, Gama MEA, Costa JML 2002. Nível de conhecimento sobre Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) e uso de terapias alternativas por populações de uma área endêmica da Amazônia do Maranhão, Brasil. Cad. Sau. Publ. 18(1); 187-195.
- Morissawa M 2001. A história da luta pela terra e o MST. Ed. Expressão Popular, São Paulo, 256 pp.
- MST 2001. Construindo o caminho. Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, São Paulo.
- MST 2004. MST investe na formação e nos programas de saúde. Rev. Sem Terra 26: 29-33.
- Murray J, Shepherd S 1993. Alternative or additional medicine? an exploratory study in general practice. Soc. Sci. Med. 37(8): 983-988.
- Nascimento MAA 1997. As práticas populares de cura no povoado de Matinha dos Pretos – BA: eliminar, reduzir ou convalidar? USP-Ribeirão Preto, Tese de Doutorado. 351pp.

- Norheim AJ, Fonnebo V 1998. Doctor's attitudes to acupuncture – a Norwegian study. *Soc. Sci. Med* 47(4): 519-523
- Noumi E & Tchakonang NYC 2001. Plants used as abortifacients in the Sangmelima region of Southern Cameroon. *J. Ethnopharmacology* 76: 263-268.
- Oliveira RD & Oliveira MD 1986. Pesquisa social e ação educativa: conhecer a realidade para poder transformá-la. In CR Brandão (org), *Pesquisa Participante*, 6ª ed., Ed. Brasiliense, São Paulo, p. 17-33.
- Palmeira G 1990. A acupuntura no ocidente. *Cad. Sau. Publ.* 6(2): 115-116.
- Pinto BCM 2002. Vivências cotidianas de parteiras e 'experientes' do Tocantins. *Est. Feministas* 2: 441-448.
- Penso G 1980. The role of WHO in the selection and characterization of medicinal plants (vegetable drugs). *J. Ethnopharmacology* 2: 183-188.
- Projeto Cidades 2004. Projeto cidades de Minas Gerais. www.cidades.mg.com.br Capturado em 04/07/2004.
- Rabelo MCM 1993. Religião, ritual e cura. In PC Alves & MCS Minayo (org), *Saúde e doença: um olhar antropológico*, Ed. Fiocruz, Rio de Janeiro, 1994, p. 47-56.
- Rede de Megapaíses 1998. Rede de Megapaíses para a Promoção da Saúde. Genebra, Suíça, 18-20 mar/1998.
- Rezende HA, Cocco MIM 2002. A utilização de fitoterapia no cotidiano de uma população rural. *Rev. Esc. Enferm.* 36(3): 282-288.
- Rodrigues AG 2002. Biodiversidade e etnociência de plantas medicinais da comunidade Miguel Rodrigues – MG. Tese de doutorado em Fitotecnia. UFV, 191 pp.
- Russo O 2000. Em defesa da democracia e pelo fim do latifúndio. <http://mst.org.br/biblioteca/textos/reformagr/500anosdelatifundio.html> Capturado em 23/06/2003.
- Scartezzini P & Speroni E 2000. Review on some plants of Indian traditional medicine with antioxidant activity. *J. Ethnopharmacology* 71:23-43.
- Schall VT & Struchiner M 1999. Educação em saúde: novas perspectivas. *Cad. Sau. Publ.* 15(sup.2): 4-5.
- Shoba FG, Thomas M 2001. Study of antidiarrhoeal activity of four medicinal plants in castor-oil induced diarrhoea. *J. Ethnopharmacology* 76: 73-76.

Simões CMO, Mentz LA, Schenkel EP, Irgang BE, Stehmann JR 1998. Plantas da Medicina Popular no Rio Grande do Sul. Editora da Universidade / UFRGS, Porto Alegre.

Smeke ELM, Oliveira NLS 2001. Educação em saúde e concepções de sujeito. In EM Vasconcelos (org.), A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da Rede de Educação Popular e Saúde, Ed. HUCITEC, São Paulo, 2001, p. 115-136.

Sophia D 2001. O que é, o que é – educação popular em saúde. Rev. Radis 21: 5.

Sousa ICF, Rozemberg B, Boruchovitch E, Schall V 1998. A missing agenda in Brazilian schools: the debate on popular health practices. Ciência e Cultura J. Braz. Assoc. Advanc. Science. 50(5): 328-336.

Srinivasan D, Nathan S, Perumalsamy PL 2000. Antimicrobial activity of certain Indian medicinal plants used in folkloric medicine. J. Ethnopharmacology 74:217-220.

Trad LA & Bastos ACS 1998. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. Cad. Saú. Pub. 14(2): 429-435.

Valla VV 1999. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. Cad. Sau. Publ. 15(sup.2): 7-14.

Valla VV 2000. Procurando compreender a fala das classes populares. In VV Valla (org), Saúde e Educação, DP&A Editora, Rio de Janeiro, p. 11-32.

Veiga GV & Burlandy L 2001. Indicadores sócio-econômicos, demográficos e estado nutricional de crianças e adolescentes residentes em um assentamento rural do Rio de Janeiro. Cad. Sal.Pub. 17(6): 1465-1472.

Veloso C 2004. O SUS está falido? Artigo publicado no jornal *Estado de Minas* em 16/01/2004.

Wanderley LEW 1984. Educação popular e processo de democratização. In CR Brandão (org), A questão política da educação popular, 4ª ed., Ed. Brasiliense S.A., p. 62-78.

WHO 1998. Regulatory rituation of herbal medicine: a world wide review Genebra. World Health Organization 98-1.

WHO 2003. Traditional medicine. World Health Organization, Fact Sheet 134.

Apêndices

Apêndice I: Fotos

Foto 1: Visão parcial do Acampamento Padre Gino (em 27/03/2004, por M. Gaia).



Foto 2: Escola Paulo Freire (1ª a 4ª séries) no Acampamento Padre Gino (em 22/03/2004, por M. Gaia).



Foto 3: Casa da Comunicação do Acampamento Padre Gino (em 04/042004, por M. Gaia).
Minha casa no período da vivência.



Foto 4: Visão interna da Casa da Comunicação do Acampamento Padre Gino. Destaque para o desenho de Padre Gino (em 17/01/2004, por M. Gaia).



Foto 5: Crianças se divertindo no Acampamento Padre Gino (em 15/01/2004, por M. Gaia.)



Foto 6: Menino tomando xarope “*fortalecedor*” (a base de ervas e gordura de galinha), preparado pela avó (em 20/01/2004, por M. Gaia).



Foto 7: Processo de produção de pomada: fritura da planta em óleo de cozinha (em 03/04/2004, por M. Gaia).



Foto 8: Processo de produção de pomada: misturando breu, cera de abelha e própolis ao óleo coado (em 03/04/2005, por M. Gaia).



Foto 9: Processo de produção de pomada: envasamento (em 03/04/2004, por M. Gaia).



Foto 10: Aplicação de questionário à uma moradora do Acampamento Padre Gino (em 16/01/2004, por M. Gaia).



Foto 11: Aplicação de questionário à um morador do Acampamento Padre Gino (em 20/01/2004, por A. Vieira).



Foto 12: Realização de entrevista com informante-chave (em 17/03/2004, A. Pereira).



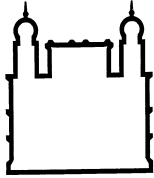
Foto 13: Parte da horta medicinal em um quintal familiar. Ao centro, babosa (*Aloe* sp.); ao fundo à esquerda, losna (*Artemisia absinthium*) e ao fundo à direita, hortelã-pimenta (*Plectranthus amboinicus*) (em 19/03/2004, por M. Gaia).



Foto 14: Vick (*Mentha* sp.) aos fundos de uma moradia (em 12/09/2004, por M. Gaia).



Apêndice II:
Caderno de Campo (questionário, roteiro da entrevista e termos de consentimento) e Parecer do Comitê de Ética do CPqRR



Ministério da Saúde

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisas René Rachou

Laboratório de Educação em Saúde

Caderno de campo

Acampamento Padre Gino

Responsável: Marília Gaia

Laboratório de Educação em Saúde

Centro de Pesquisas René Rachou – FIOCRUZ

(31) 32953566 / ramal 141

marilia@cpqrr.fiocruz.br

Histórico de Ocupação da área

**Questionário sócio-demográfico e
levantamento das práticas de saúde**

Número: _____

1. Características individuais

Nome completo: _____

Sexo: () Feminino () Masculino

() Assentamento Oziel Alves Pereira () Acampamento Padre Gino

Ano que chegou ao local _____

Data de nascimento: _____ Idade: _____

Naturalidade: _____

Escolaridade: _____ Anos de estudo: _____

Situação conjugal: () solteiro(a) () casado(a) () viúvo(a) () separado(a) () outros

Número de filhos: _____

Ocupação(s) profissional: _____

Horas diárias trabalhadas: _____

Morou em outras áreas de assentamento/acampamento: () sim () não

Em caso afirmativo:

onde? _____

em que período de tempo? _____

onde? _____

em que período de tempo? _____

2. Características familiares

Número de pessoas que residem na mesma moradia: _____

Parentesco com estas pessoas (indicar nas linhas o número de pessoas):

filhos(as) _____ cônjuge _____ () _____ () _____

Idade dos familiares: cônjuge _____ () _____ () _____

filhos(as) _____ / _____ / _____ / _____ / _____

Escolaridade dos familiares: cônjuge _____ () _____

filhos(as) _____ / _____ / _____ / _____

Ocupação profissional dos familiares:

filhos(as) _____ / _____ / _____ / _____

cônjuge _____ () _____

Renda mensal familiar:

() < 1 salário mínimo () 1 – 3 sal. mínimos () 3 – 5 sal. mínimos () > 5 sal. mínimos

Possui outros parentes nesta área?

() não

() sim _____ tipo de parentesco: _____

3. Características gerais do domicílio e do ambiente

Tipo de domicílio:

() pau a pique () adobe () alvenaria () barraca de lona () tijolo () _____

Acabamento das paredes: () Reboco () Pintura () _____

Tipo do piso do domicílio:

() tábuas/ taco () cerâmica () cimento liso () terra batida () Cimento grosso

Tipo de cobertura do domicílio:

() capim/palha () telha de barro () laje () telha de amianto () telha de zinco () lona

Forma de captação de água:

() córrego/nascente () poço artesiano () bomba carneiro () canalizada () _____

Possui energia elétrica? () sim () não

Outras formas de obtenção de energia: _____

Possui banheiro na moradia? () sim () não

Eliminação dos dejetos humanos: () privada sanitária () fossa séptica () _____

Forma de banho: () chuveiro elétrico () água esquentada no fogão () _____

Possui algum dos seguintes equipamentos no domicílio:

() fogão a gás () fogão a lenha () geladeira () rádio () televisão () telefone celular

() telefone fixo () filtro () automóvel

Qual o destino do lixo:

() coletado () queimado () enterrado () descartado em terreno baldio () _____

4. Práticas de saúde

Você ou alguém da sua família esteve doente na última semana? () sim () não

No último mês? () sim () não

Nos últimos tempos? () sim () não

Quem foi? _____

O que teve? _____

Quem foi? _____

O que teve? _____

Quem foi? _____

O que teve? _____

Como o problema foi resolvido? _____

Forma de acesso da família aos serviços de assistência à saúde:

() convênio () particular () SUS () nenhum () _____

Aos que utilizam o SUS:

Onde busca? _____

Há muita espera (fila)? () sim () não

Como você considera o atendimento? Por que?

() ruim () razoável () bom () muito bom () excelente

5. Práticas “alternativas” de saúde

Você ou sua família já utilizou alguma “prática alternativa” para cuidado com a saúde?

() sim () não

O que foi?

() benzedeira () plantas medicinais () _____ () _____

Por que você resolveu utilizar tal prática? _____

Ao invés desta prática, você tentou primeiro procurar um médico ou alguma outra forma de tratamento? () sim () não

Você já procurou alguém que “trabalha” com tais práticas alternativas? () sim () não

Quem? _____

Como foi? _____

Você acha que esta prática é útil para a cura de uma doença? () sim () não

Quando você utilizou, curou? () sim () não

Você já a utilizou esta prática, ou outra, e não obteve o efeito desejado? () sim () não

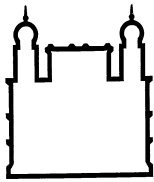
Você já se sentiu mal ao fazer uso desta prática? () sim () não

Você acha que morar aqui no Acampamento trouxe algum benefício ou algum prejuízo para a sua saúde e de sua família, quando comparado a morar na cidade?

Entrevistas com busca orientada no Acampamento Padre Gino

- 1) Como está organizado o Coletivo de Saúde aqui? (quem são as pessoas, reuniões, ações, etc.)
- 2) Como este Coletivo está inserido/envolvido no Coletivo Regional, Estadual, Nacional? (esta pergunta será apenas para os participantes do Coletivo de Saúde)
- 3) Como é o envolvimento da comunidade com o Coletivo? (eles buscam, apóiam, etc.)
- 4) O que é ter saúde para você?
- 5) Existe algum problema de saúde que afeta a comunidade como um todo?
- 6) Existe algum tipo de situação ou fato que contribui para a falta (ou diminuição) da saúde das famílias aqui no Acampamento?
- 7) O que se pode fazer para manter/aumentar a saúde das famílias aqui do Acampamento?
- 8) Aqui tem uma horta comunitária (com ervas medicinais) e/ou Farmácia Viva? Se não, há interesse? Em algum acampamento ou assentamento desse regional existe isso?
- 9) É uma sugestão do Movimento resgatar a utilização de uma medicina mais popular, como por exemplo, a utilização de plantas medicinais? Por que?
- 10) Existe uma outra prática “alternativa” que o MST tenta resgatar ou o próprio Coletivo? Por que?
- 11) Por que a sugestão ou opção do MST de utilizar principalmente estas práticas? E porque as famílias as utilizam?
- 12) Quando se busca, como é o atendimento à saúde das famílias na cidade? Por morara no Acampamento há alguma distinção (diferença) de atendimento se comparado a um morador da cidade? O atendimento é satisfatório?
- 13) Já houve alguma ação do Coletivo de Saúde (local, regional ou estadual) a fim de reivindicar o direito de todos à saúde? (o que?; como foi?; se não, porque não houve?; há interesse?)
- 14) Já ouviu falar em Conselho de Saúde dentro do SUS? O que é? Como funciona?

- 15) Existe alguém do Coletivo de Saúde ou do Acampamento (ou de outro acampamento/assentamento) participando do Conselho de Saúde? Quem são?
- 16) Há interesse do Movimento ou do próprio Coletivo em participar do Conselho de Saúde?
Existe uma orientação para isso?
- 17) Quais são as plantas que você utiliza, ou outra prática, e para tratar que mal? Como?



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisa René Rachou
Laboratório de Educação em Saúde

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você, _____, está sendo convidado(a) a participar como voluntário em uma pesquisa sobre as práticas de saúde de famílias assentadas e acampadas em áreas do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. Este trabalho faz parte da minha pesquisa de mestrado em Ciências da Saúde do Centro de Pesquisa René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz (Belo Horizonte, MG), com o seguinte título: "Saúde como prática da liberdade: as práticas de saúde de assentados rurais e o desenvolvimento de um programa de educação popular em saúde", sob orientação da Dra. Virgínia Torres Schall, do Laboratório de Educação em Saúde desta mesma Instituição.

A sua participação se dará através do preenchimento de questionário, entrevista gravada e de uma atividade de educação em saúde em grupo, tendo o total direito de recusar-se a participar da pesquisa, ou mesmo, dela se afastar em qualquer momento, sem que este fato venha causar qualquer constrangimento ou penalidade por parte da Instituição. Será mantido total sigilo das informações por você fornecidas e sua identidade não será revelada em nenhum momento. Não haverá gastos de qualquer natureza.

Antes de assinar este Termo, você deve informar-se plenamente sobre o mesmo e sempre que julgar necessário, terá direito de formular perguntas e esclarecer dúvidas sobre qualquer aspecto do trabalho que julgar conveniente.

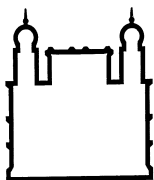
Eu, _____, declaro estar ciente do inteiro conteúdo deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação no estudo acima referido, decidindo-me a participar da investigação proposta depois de ter formulado perguntas e receber respostas satisfatórias a todas elas, e ciente de que poderei voltar a fazê-las a qualquer momento.

_____, _____, _____ de 2004.

Assinatura do voluntário: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Marília Carla de Mello Gaia



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisa René Rachou
Laboratório de Educação em Saúde

Termo de Consentimento de Uso de Imagem

Durante os meses de janeiro, março, abril, setembro e novembro de 2004, eu, Marília Carla de Melo Gaia, recolhi imagens fotográficas das famílias e do ambiente do Acampamento Padre Gino (Frei Inocêncio – MG), do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. Tais fotos fazem parte da minha pesquisa de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz), intitulada de: “*Saúde como prática da liberdade: as práticas de saúde de famílias em acampamento rural como base para o desenvolvimento de estratégias de educação popular em saúde*”, sob orientação da Dra. Virgínia Torres Schall, do Laboratório de Educação em Saúde.

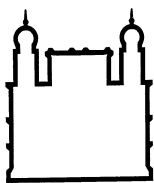
Desta forma, gostaria de obter a sua autorização para uso de sua imagem e de sua família nas divulgações e possíveis produtos provenientes desta pesquisa. Nenhuma das fotos utilizadas irão difamar, denegrir ou criar qualquer tipo de situação constrangedora a você, sua família e demais residentes do Acampamento Padre Gino. Antes de assinar este Termo, você deve informar-se plenamente sobre o mesmo, tendo pleno direito de formular perguntas e esclarecer dúvidas sobre o uso das imagens fotográficas.

Assinatura do voluntário: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Marília Carla de Mello Gaia

Av. Augusto de Lima, 1715, 30190-002 Belo Horizonte - MG - Brasil
Tel: 0 XX (31) 3295-3566 (ramal 141) - Fax: 0 XX (31) 3295-3115
e-mail: marilia@cpqrr.fiocruz.br



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisa René Rachou
Laboratório de Educação em Saúde

Termo de Consentimento de Uso de Imagem

Coordenação do Acampamento Padre Gino

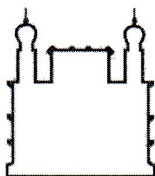
Durante os meses de janeiro, março, abril, setembro e novembro de 2004, eu, Marília Carla de Melo Gaia, recolhi imagens fotográficas das famílias e do ambiente do Acampamento Padre Gino (Frei Inocêncio – MG), do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. Tais fotos fazem parte da minha pesquisa de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz), intitulada de: “*Saúde como prática da liberdade: as práticas de saúde de famílias em acampamento rural como base para o desenvolvimento de estratégias de educação popular em saúde*”, sob orientação da Dra. Virgínia Torres Schall, do Laboratório de Educação em Saúde.

Desta forma, gostaria de obter a autorização da Coordenação do Acampamento Padre Gino para uso das imagens da área nas divulgações e possíveis produtos provenientes desta pesquisa. Nenhuma das fotos utilizadas irão difamar, denegrir ou criar qualquer tipo de situação constrangedora às famílias do Acampamento Padre Gino. Antes de assinar este Termo, a Coordenação deve informar-se plenamente sobre o mesmo, tendo pleno direito de formular perguntas e esclarecer dúvidas sobre o uso das imagens fotográficas.

Assinatura dos membros da Coordenação:

Av. Augusto de Lima, 1715, 30190-002 Belo Horizonte - MG - Brasil
Tel: 0 XX (31) 3295-3566 (ramal 141) - Fax: 0 XX (31) 3295-3115
e-mail: marilia@cpqrr.fiocruz.br

*Av. Augusto de Lima, 1715, 30190-002 Belo Horizonte - MG - Brasil
Tel: 0 XX (31) 3295-3566 (ramal 141) - Fax: 0 XX (31) 3295-3115
e-mail: marilia@cpqrr.fiocruz.br*



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisa René Rachou

Comitê de Ética

PARECER Nº 3/2005 – CEPESH- CPqRR

Protocolo CEPESH/CPqRR nº: 015/2004

Projeto de Pesquisa: "Saúde como prática da liberdade: as práticas de saúde de acampados rurais e o desenvolvimento de um programa de educação popular em saúde

Pesquisador Responsável: Virgínia Torres Schall

Instituição: Centro de Pesquisa René Rachou / FIOCRUZ

Data de entrada no CEP: 25/08/2004

Ao se proceder à análise do protocolo em questão, após consideradas as respostas as pendências anteriores, constatou-se que as informações enviadas atendem aos aspectos fundamentais da Resolução CNS 196/96, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro de Pesquisas René Rachou / FIOCRUZ, de acordo com as atribuições da Resolução 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: **PROJETO APROVADO**

Belo Horizonte, 24 de fevereiro de 2005.


Alvaro José Romanha
Coordenador do CEPESH- CPqRR

Apêndice III: Informações da literatura sobre as plantas com propriedades medicinais utilizadas pelas famílias do Acampamento Padre Gino (Frei Inocêncio, Minas Gerais) (referente apenas às plantas coletadas e identificadas). As lacunas em branco significam que não foram encontrados dados na literatura sobre o uso popular.

Nome científico Família	Nome popular atribuído	Indicação popular de uso	Parte utilizada	Forma de utilização	Toxicologia
<i>Rorippa nasturtium-aquaticum</i> (L.) Hayek Brassicaceae	Agrião	Uso interno: estimulante dos órgãos digestivos, diurético, vermífugo; combate ao raquitismo contra atonia intestinal, escrofulose e afecções escorbúticas e broncopulmonares. Uso externo: sardas, manchas, eczemas, acne, aftas, gengivites e cicatrização de feridas. Em saladas: contra o bócio, anemia, tuberculose, diabetes e antídoto contra os efeitos tóxicos da nicotina.	Folhas	Em saladas, cataplasma e xarope	Sem referências
<i>Apium graveolens</i> L. Apiaceae	Aipo, salsão	Diurético, combate gota e pedras na vesícula biliar, depurativo, estomáquico, expectorante, febrífugo, antiinflamatório e tônico.	Raízes e partes aéreas	Suco, decocto e infusão	Não recomendado para pessoas com inflamação nos rins.
<i>Mentha</i> sp. Lamiaceae	Alcanfor				
<i>Rosmarinus officinalis</i> L. Lamiaceae	Alecrim	Internamente: tônico, estimulante, carminativo, antifebril, colerético, colagogo, antiespasmódico, antimicrobiano, diurético, aperiente, cardiotônico, estimulante digestivo, em dores de cabeça, tensão nervosa, azia, problemas do fígado e respiratórios. Externamente: combate de caspas e prevenção de calvície (revulsivo); cicatrizante de feridas e tratamento de reumatismos e nevralgias.	Partes aéreas	Xarope, infusão, tintura, pó, vaporização e banho	Não recomendado uso interno para gestantes, prostáticos e pessoas com diarreia. Quando usado cronicamente ou em doses excessivas pode causar irritação renal.
<i>Ocimum cf. micranthum</i> Willd. Lamiaceae	Alfavaquinha	Para amenizar mordidas de insetos e escorpião, diurético, diaforético, carminativo, anti-asmático, estimulante, sudorífero, antiespasmódico e para problemas das vias respiratórias (gripe, tosse, resfriado, bronquite).	Folhas e inflorescências	Decocção, infusão	Sem referências.
<i>Gossypium barbadense</i> L. Malvaceae	Algodão	Folhas: tratamento de disenteria e hemorragia uterina e cicatrizante (uso externo). Raiz: para falta de memória, amenorréia, distúrbios da menopausa e impotência sexual. Flores e frutos verdes (uso externo, aplicação direta): micoses (frieiras, panos branco e preto, impingens). Óleo das sementes: purgativo, vermífugo para lombrigas e, localmente, como emoliente e para combater piolhos.	Folhas, casca da raiz e sementes	Decocção e ao natural	Sem referências.
<i>Allium sativum</i> L.	Alho	Diurético, expectorante, antigripal, febrífugo, desinfetante,	Bulbos	Tintura,	Não recomendado para

Liliaceae		colagogo, antibiótico, antisséptico, estomáquico, vermífugo (lombriga, solitária e ameba), antiinflamatório, contra hipertensão, picadas de inseto e arteriosclerose, controla o ácido úrico, diminui o colesterol e os triglicéridios séricos.		suco, maceração e alcoolatura	pessoas com problemas estomacais, úlceras e dermatites, recém-nascidos e mães em amamentação. Em doses muito elevadas pode provocar dor de cabeça, dos rins, de estômago e tonturas.
<i>Nothoscordum</i> sp. Alliaceae	Alho-todo-ano				
<i>Lactuca</i> sp. L. Asteraceae	Almeirão	Calmante	Folhas	Infusão	Sem referências
<i>Morus alba</i> L. Moraceae	Amora				
<i>Anadenanthera peregrina</i> (L.) Speg.	Angico				
<i>Austroeupatorium inulifolium</i> (Kunth) R.M. King & H. Rob. Asteraceae	Arnica				
<i>Ruta graveolens</i> L. Rutaceae	Arruda	Estimulante, carminativo, antihelmíntico, para dores no ouvido, emenagogo, antiespasmódico, para tratamento de varizes, flebite e problemas oftálmicos (uso externo), contra sarna e piolho, mau-olhado e “quebranto”.	Partes aéreas	Infusão, tintura, cataplasma, sumo e decocto	Quando em grandes doses pode causar hemorragias e até abortos em grávidas, provocar hiperemia dos órgãos respiratórios, vômitos, gastriterites, salivações e edema na língua. Alguns autores desaconselham o uso interno.
<i>Gymnanthemum amygdalinum</i> (Delile) Sch. Bip. ex Walp. Asteraceae	Assa peixe do reino				
<i>Aloe</i> sp. * Liliaceae	Babosa	Laxante (uso interno) e externamente: preparações cosméticas (revulsivo), nos casos de entorses, dores reumáticas e contusões, emoliente e resolutivo sobre inflamações, queimaduras, eczemas, erisipelas e queda de cabelo (suco das folhas). Antioftálmico, vulnerario e vermífugo (polpa). Supositório calmante nas retites hemorroidais (folha despida de cutícula).	Folhas, polpa e seiva	Suco, cataplasma, supositório, resina e tintura	Não recomendado, internamente, para mulheres durante a amamentação ou gravidez, em crianças e nos estados hemorroidários.
<i>Ipomoea batatas</i> (L.) Lam. Convolvulaceae	Batata-doce	Folhas: galactagoga. Tubérculo: contra deficiência de vitamina A.	Folhas	Decocção	Sem referências.

<i>Jatropha multifida</i> L. Euphorbiaceae	Baspo				
<i>Beta vulgaris</i> L. Chenopodiaceae	Beterraba				
<i>Plectranthus barbatus</i> Andrews Lamiaceae	Boldo	Controle da gastrite, dispepsia, azia, mal estar gástrico, ressaca e estimulante do apetite.	Folhas	Infusão	Efeito cardioativo.
<i>Calendula officinalis</i> L. Asteraceae	Calêndula	Cicatrizante, antisséptico, tratamento de feridas e ulcerações da pele e mucosas (uso externo), sudorífica, analgésica, colagoga, antiinflamatória, antiviral, antiemética, vasodilatadora e tonificante da pele (contra acne), inseticida (flores).	Flores e folhas	Pomada, tintura, infusão, cataplasma, unguento e compressas	Não recomendado durante a amamentação, gravidez e por indivíduos com diarreia crônica.
<i>Anthemis cf. tinctoria</i> L. Asteraceae	Camomila				
<i>Costus spiralis</i> Rosc. Costaceae	Cana de macaco	Rizoma: diurético, tônico, diaforético, e emenagogo. Folhas e hastes: afecções renais. Hastes: combater leucorréia.	Rizo-ma, folhas e hastes		O uso contínuo deve ser evitado, pois apresenta muito oxalato, que causa cálculos renais
<i>Pothomorphe umbellata</i> (L.) Miq. Piperaceae	Capeba	Afecções do aparelho digestivo, antitérmico, regula a menstruação, contra insuficiência hepática. Uso interno: diurético, tônico, estomáquico e carminativo.	Folhas e raízes	Infusão, vinho medicinal e tintura	Sem referências.
<i>Cymbopogon citratus</i> (DC.) Stapf Poaceae	Capim cidreira, capim limão, capim santo	Uso interno: calmante, analgésico (em dores de estômago, abdominais e de cabeça), antifebril, anti-reumático, carminativo, antitussígeno, diaforético, emenagogo e em distúrbios digestivos. Uso externo: repelente de insetos. Santos et al. (1988) apontam que a utilização como calmante é discutível.	Folhas	Infusão	Pode ser abortivo em doses concentradas.
<i>Baccharis trimera</i> (Less.) DC. Asteraceae	Carqueja	Uso interno: estomáquico, anti-reumático, anti-helmíntico, em problemas do fígado, diabetes e casos de gastroenterite, anorexia, gripe, resfriado, anemias, obesidade e gota, aperiente, diurético. Uso externo: no tratamento de feridas e ulcerações.	Folhas	Infusão, vinho medicinal, tintura e extrato fluído	Não recomendado para gestantes.
<i>Daucus carota</i> L. Apiaceae	Cenoura	Carminativo, emenagoga, remineralizante, diurético, hipoglicemiante, anti-séptico, vermífugo, digestiva, refrescante e tônico para os nervos, contra icterícia, cistite, cálculos renais, gota, edema, indigestão flatulenta e problemas menstruais.	Raiz tuberosa	Ao natural, decocção, cataplasma	Sem referências.
<i>Allium cepa</i> L.	Cebola				

Alliaceae					
<i>Sechium edule</i> (Jacq.) Sw.	Chuchu	Infusão (folhas e casca dos frutos): diurético, hipotensor e remineralizante. Frutos cozidos sem sal: contra pressão arterial	Folhas e frutos	Infusão e ao natural	Sem referências.
Cucurbitaceae					
<i>Coriandrum sativum</i> L. Apiaceae	Coentro	Sudorífico, hemostático, carminativo, contra atonia gastrointestinal, ansiedade, nervosismo e como moderador do apetite.	Folhas, frutos e sementes	Infusão, extrato alcoólico	Sem referências.
<i>Bixa orellana</i> L. Bixaceae	Corante, urucum	Uso interno: expectorante, o pó das sementes aumenta a pigmentação do tecido adiposo e as raízes pulverizadas possuem ação anti-secretora e hipotensora. Na medicina popular cubana, as sementes são utilizadas em queimaduras e as raízes em asma.	Raízes e sementes	Raízes e sementes pulverizadas	Sem referências.
<i>Leonotis nepetifolia</i> (L.) R. Br. Lamiaceae	Cordão de frade	Uso interno: contra asma e disúria, antiespasmódico, anti-hemorragico uterino, diurético, febrífugo, estomáquico, béquico, peitoral; ajuda na eliminação de ácido úrico, tônico e sudorífico. Uso externo: anti-reumático, para artrites e vulnerário. Repelente de insetos e roedores em grãos armazenados.	Toda a planta fresca	Infusão	Sem referências.
<i>Brassica oleracea</i> L. Brassicaceae	Couve				
<i>Alternanthera brasiliana</i> (L.) Kuntze Amaranthaceae	Dipirona	Flores (infusão e decocção): béquico. Folhas (infusão): diurético, digestivo, depurativo	Folhas e flores,	Infusão e decocção	Sem referências.
<i>Lippia alba</i> (Mill.) N.E. Br. Verbenaceae	Erva-cidreira de folha	Antiespasmódico, estomáquico, carminativo, calmante, digestivo, combate insônia e asma.	Folhas	Infusão	Não recomendado para hipotensos.
<i>Chenopodium ambrosioides</i> L. Chenopodiaceae	Erva de santa maria, mastruz, matruz	Uso interno: antiácido, antisséptico, cicatrizante e antiinflamatório, carminativo, emenagogo, tônico, estomáquico, digestivo, vermífugo, em casos de úlceras pépticas, gastrite crônica e bronquite, fraca ação laxativa e diurética. Uso externo: em acnes e alguns tipos de eczemas, feridas, ulcerações, reumatismos e contusões.	Folhas, flores, sementes e raízes	Infusão, sumo, cataplasma, tintura e essência	Não recomendado para gestantes, mulheres em amamentação, crianças, idosos, pacientes com disfunção renal ou hepática e debilitados em geral. A dosagem excessiva pode ser fatal. O uso do óleo não deve ser estimulado, devido à toxicidade do ascaridol. Sua utilização é mais restrita à medicina veterinária.
<i>Senna occidentalis</i> (L.) Link Fabaceae	Fedegoso, fedegosinho	Cascas da raiz (infusão): diurético, febrífuga, tratamento auxiliar das afecções do fígado e da hidropisia, da anemia, dispepsia, flatulência e desarranjos menstruais. Folhas: emenagogas e purgativas e, externamente, para	Casca da raiz e folhas.	Infusão e cataplasma	Sem referências.

		cicatrização de feridas e combater impingens e pano-branco.			
<i>Cajanus cajan</i> (L.) Millsp. Fabaceae	Feijão-andu	Diurético, febrífugo, adstringente, anti-desintérica, laxativa, anti-hemorrágica, vulneraria e anti-blenorrágica, inflamações da garganta, tosses e bronquite (gargarejos)	Folhas e flores	Infusão	Sem referências.
<i>Foeniculum vulgare</i> Mill. Apiaceae	Funcho **	Carminativo, galactagogo, digestivo, diurético, tônico geral e antiespasmódico (cólicas de crianças), em catarros crônicos, tosse e asma, em problemas renais, em casos de menstruação irregular, para facilitar o parto, no alívio dos sintomas da menopausa e para aumentar a libido. É considerada uma panacéia.	Folhas, frutos e raízes.	Infusão, vinho medicinal e decocto	O uso de mais de 20 g/litro pode ser convulsivante. Não recomendado para gestantes.
<i>Helianthus annuus</i> L. Asteraceae	Girassol				
<i>Mentha crispa</i> L. Lamiaceae	Hortelã, hortelãzinha				
<i>Plectranthus amboinicus</i> (Lour.) Spreng. Lamiaceae	Hortelã-pimenta	Anti-inflamatório (tratamento de tosse e bronquite), anti-séptico bucal e tratamento de feridas	Folhas	Xarope, sumo	Não recomendado para gestantes.
<i>Citrus limon</i> (L.) Burm. f. Rutaceae	Limão	Suco: diurético, anti-escorbúico, anti-reumático, anti-desentérico, adstringente e febrífugo, usado contra acidez estomacal, ácido úrico e gota. Infusão do fruto ou das folhas com casca do fruto: tosse e afecções febris. Decocção da casca do fruto: melhorar a circulação, digestivo e estomáquico	Frutos e folhas	Infusão, decocção e suco	O sumo da casca do fruto pode causar inchaço, manchas escuras e até queimaduras se em contato com as mãos e exposição ao sol.
<i>Artemisia absinthium</i> L. Asteraceae	Losna	Tônico, estimulante, aperiente, vermífugo (lombrigas), antipirético, emenagogo e colagogo; auxilia no tratamento de diabetes e distúrbios digestivos causados pelo mau funcionamento do fígado, colerético, carminativo e empregado como componente de bebidas amargas caseiras para aumentar o apetite.	Partes aéreas	Maceração infusão, tintura	Não utilizar continuamente ou em excesso, pois pode causar convulsões e perturbações da consciência (absintismo: degeneração irreversível do sistema nervoso central). Não deve ser utilizada em crianças, grávidas e mulheres em amamentação..
<i>Leonurus japonicus</i> Houtt. Lamiaceae	Macaé	Folhas: estomáquico, febrífugo, anti-reumático (uso externo), eupéptico, anti-malárico. Flores: bronquite e coqueluche. Planta inteira e sementes: nos casos de sangramento pós-parto, menstruação excessiva e dolorida, contra edema, abscessos e problemas renais.	Folhas e flores	Infusão, xarope e tintura	Não recomendado uso em mulheres grávidas.
<i>Achillea millefolium</i> L. Asteraceae	Macelão, macilicão	Relaxante muscular, bom para o estômago, digestivo, úlceras internas, cólicas menstruais, cicatrizante, antiinflamatório, expectorante, incontinência urinária,	Folhas e inflorescências	Infusão, decocto, suco,	Há referências de sua possível ação tóxica nos animais domésticos. Em altas doses, os

		gases intestinais e estomacais, anti-reumático, varizes, queimaduras, sarna, eczemas, afecções da pele e feridas, estimulante, antifebril, antiespasmódico, adstringente, diurético, colerético e hemostático; amenorréia, celulite e hemorróidas.		emplasto, pomadas e compressas	extratos podem provocar vertigens e dores de cabeça e já foram relatados casos de dermatites de contato em humanos. Não deve ser usada por gestantes.
<i>Anthemis cotula</i> L. Asteraceae	Macelinha	Uso interno: antiemético, anti-histérico, parasiticida, sudorífico, febrífugo (febre intermitentes) e antiespasmódico. Uso externo: vulnerario e antiartrítico.	Folhas	Infusão e maceração	
<i>Eclipta alba</i> (L.) Hassk. Asteraceae	Malina	Combate tosse, bronquite, asma, diarreia e sífilis. Suco das folhas: diminuir os sintomas provocados por ferroada de escorpião e picada de cobra. Colagogo, tônico, emético, purgativo, desobstruente e anti-inflamatório, especialmente para os males do fígado.	Folhas	Maceração	Sem referências.
<i>Carica papaya</i> L. Caricaceae	Mamão	Vermífugo (gotas do látex e sementes frescas ou dessecadas). O leite do mamoeiro é usado internamente como estomacal e, externamente, como remédio para combater dermatoses. Infusão das flores como febrífugo, peitoral e emenagogo e a infusão das folhas como estomacal. Ação anafrodisíaca do fruto quando consumido em excesso.	Flores, sementes e látex do caule e do fruto verde	Infusão, decocção (sementes em pó) e látex do caule e do fruto verde	Sem referências.
<i>Manihot esculenta</i> Crantz Euphorbiaceae	Mandioca				
<i>Ocimum selloi</i> Benth. Lamiaceae	Manjeriçãoxo	Digestivo-estomacal, hepático-biliar, para eliminar gases intestinais, contra gastrite, vômitos e problemas respiratórios.	Folhas e inflorescências	Infusão, xarope	Sem referências.
<i>Acanthospermum hispidum</i> DC. Asteraceae	Maroto	Uso interno: tônico, diaforético, eupéptico, antidiarréico, mucilaginoso, antimalárico, aromático, antiblenorrágico e febrífugo. Uso externo: contra dores lombares, renais ou nos membros, úlceras, feridas e micoses.	Folhas e raízes	Infusão, decocção, banho	Sem referências
<i>Cucumis anguria</i> L. Cucurbitaceae	Maxixe				
<i>Momordica charantia</i> L. Cucurbitaceae	Melão de são caetano	Uso interno: purgativo, febrífugo, antileucorréico, anticatarral, anti-reumático, para inflamações hepáticas, diabetes, cólicas abdominais. Uso externo: para problemas de pele, queimaduras e contra hemorróidas (fruto maduro).	Hastes, folhas e frutos	Infusão, sumo, decocto e pomada	O uso interno dos frutos é desaconselhado. Não recomendado para gestantes.
<i>Ageratum conyzoides</i> L. Asteraceae	Mentraso	Uso externo: anti-reumático. Uso interno: antidiarréico, febrífugo, antiinflamatório, tônico, carminativo, emenagogo, útil contra resfriados e cólicas menstruais. Usado em banhos pelas parturientes para facilitar o trabalho de parto.	Toda a planta	Infusão, tintura, pó e decocto	Efeitos tóxicos nos estudos realizados.

<i>Zea mays</i> L. Poaceae	Milho	Espiga: diurético, hipoglicêmico, estimula o fluxo biliar, energético e nutritivo. Estigma e estilete (cabelo): diurético, desinfetante das vias urinárias, contra casos febris, problemas cardíacos, gota e inflamação da bexiga.	Espigas, estigmas e estiletos	Infusão (cabelo), ao natural (espiga)	Infuso é contra-indicado para pessoas com inflamação da próstata.
<i>Eleusine indica</i> (L.) Gaertn. Poaceae	Pé de galinha, capim pé de galinha	Usado em pneumonia, gripe e febres.	Folhas		
<i>Bidens pilosa</i> L. Asteraceae	Picão	Uso interno: para problemas hepáticos (icterícia e hepatite) e das vias urinárias, diurético e depurativo, usado contra diabetes, disenteria. Uso externo: contra micose (vulnerário e antisséptico), o decocto é usado como cicatrizante e sob forma de gargarejos em inflamações da boca e da garganta.	Toda a planta	Infusão, banho e decocto	Sem referências.
<i>Capsicum annuum</i> L. Solanaceae	Pimenta malagueta	Rubefaciente ativo, no tratamento de dores reumáticas, torcicolo, luxação, dores musculares.	Frutos	Emplastro e compressa	Pode causar bolhas como às causadas por queimaduras.
<i>Mentha</i> sp. *** Lamiaceae	Poejo, poejinho	Carminativo, digestivo, vermífugo, expectorante, antisséptico, emenagogo, antiespasmódico e para hidropisia.	Toda a planta	Infusão	A pulegona é citada por possuir efeito tóxico em altas doses; em razão da presença do borneol. Não é recomendado uso por grávidas, especialmente nos 3 primeiros meses
<i>Solidago chilensis</i> Meyen Asteraceae	Ponta livre, pronto alívio	Uso interno: em distúrbios do trato gastrointestinal. Uso externo: cicatrizante. Utilizada popularmente para substituir a arnica verdadeira (<i>Arnica montana</i> L.), produzindo efeitos terapêuticos semelhantes.	Folhas e inflorescências		
<i>Punica granatum</i> L. Lythraceae	Romã	Pericarpo: tratamento de inflamações na boca e garganta. Sementes: contra catarata. Casca do caule e da raiz: vermífuga, contra diarreia crônica e disenteria amebiana. Bochechar o infuso: contra gengivites e faringites. Banhos: afecções vaginais e leucorréias.	Fruto (pericarpo e sementes), cascas do caule e da raiz.	Infusão, decocção, banhos	O uso por via oral do extrato alcoólico deve ser feito com cautela pois pode causar grave intoxicação no sistema nervoso central. Não recomendado para gestantes.
<i>Sambucus australis</i> Cham. & Schltl. Caprifoliaceae	Sabugueiro	Sudorífico, cicatrizante, emoliente, diurético, béquico, antiespasmódico, contra sarampo (flores) e resfriados (cascas e folhas), antitérmico natural, as cascas podem ser purgativas.	Folhas, casca e flores	Infusão e compressas	Os frutos não são comestíveis.
<i>Bryophyllum pinnatum</i> (L. f.) Oken.	Saião	Uso externo: emoliente (furúnculos), cicatrizante (queimaduras) e antiinflamatório local. Uso interno: refrescante intestinal, para coqueluche e demais infecções	Folhas	Cataplasma e suco	Sem referências.

Crassulaceae		das vias respiratórias, em úlceras e gastrites.			
<i>Petroselinum</i> sp. Hill **** Apiaceae	Salsa	Peitoral e alívio dores de ouvido (suco das folhas), aperiente (folha), diurético que ajuda a eliminar a uréia (raiz), carminativo e regula a menstruação (em casos de supressão) (sementes).	Folhas, semen-tes e raiz	Infusão e suco	
<i>Spondias mombin</i> L. Anacardiaceae	Siriguela	Uso externo: adstringente, antibacteriano, moluscicida e antiviral. Uso interno: tratamento da prostatite.	Folhas	Decocção	Sem referências.
<i>Solanum lycopersicon</i> L. Solanaceae	Tomate-cereja	Frutos: em casos de hipertensão, afecções da boca e garganta, dor de dente, resfriado, queimaduras e reumatismo. Folhas: antiasmático, sedante cardíaco e anti-inflamatório	Suco e ao natural	Frutos, folhas	Deve-se evitar a exposição demorada ao sol por causa do risco de queimaduras severas enquanto estiver ingerindo quantidades altas de tomate.
<i>Plantago major</i> L. Plantaginaceae	Trançagem, tanchagem, tansagem	Expectorante, antidiarréico (folha), cicatrizante, adstringente, emoliente e depurativo, usado no tratamento das inflamações bucofaringeas, dérmicas, gastrintestinais e das vias urinárias, as sementes são laxativas.	Toda a planta	Infusão e cataplasma	Não recomendado para gestantes.
<i>Scoparia dulcis</i> L. Scrophulariaceae	Vassourinha doce	Uso interno: tratamento de febres, tosse, bronquite, diarreia, inflamações, dores, males estomacais, dor de dente, diabetes, hipertensão arterial, retenção urinária. Uso externo: mos casos de hemorróidas e picadas de insetos	Partes aéreas e raízes	Decocção	Sem referências.
<i>Mentha</i> sp. ***** Lamiaceae	Vick	Estomacal, carminativo e antiemético, descongestionante nasal.	Folhas	Infusão, tintura e compressa	

* dados de literatura sobre *Aloe vera* L.

** o funcho (*Foeniculum vulgare*) se diferencia da erva doce (*Pimpinella anisum* L.) por apresentar flores amarelas e fruto oblongo, enquanto que a erva-doce apresenta flores brancas e fruto ovóide-oblongo (Simões *et al*, 1998).

*** dados de literature sobre *Mentha pulegium*

**** dados de literatura sobre *Petroselinum sativum* Hoffm.

***** dados de literatura sobre *Mentha arvensis* D.C. var *piperacens* Holmes

Anexo IV: Plantas medicinais com indicação de uso cientificamente comprovada, segundo o Programa de Fitoterapia da Prefeitura Municipal de João Monlevade – MG (Barbosa et al. 2003) e no Decreto nº 40 de 25 de fevereiro de 2000 do Diário Oficial (Brasil 2000).

Nome popular	Nome científico	Parte usada	Formas de uso	Indicação terapêutica	Dose diária	Via de administração
Alcachofra	<i>Cymara scolymus</i>	folhas	Infusão, decocção, tintura (1:5)	Colerético, colagogo, hepatoprotetor,	<ul style="list-style-type: none"> • folhas secas: máximo 6g • tintura: 2 a 4ml, 1-3x 	Oral
Alho	<i>Allium sativum</i>	Bulbo (cabeça)	Bulbo fresco ou seco, tintura, óleo, extrato seco	Auxiliar no tratamento de hiperlipidemia e hipertensão arterial leve; prevenção da arteriosclerose	<ul style="list-style-type: none"> • bulbo seco: 0,4 a 1,2g • bulbo fresco: 2 a 4g • tintura: 6 a 12ml • óleo: 2 a 5mg • extrato seco: 300 a 1000mg 	Oral
Babosa	<i>Aloe Vera</i>	Gel mucilaginoso das folhas	Creme, gel	Tratamento de queimaduras térmicas (1º e 2º graus) e de radiação	10 a 70% do gel fresco	Tópico
Boldo-do-Chile	<i>Peumus boldus</i>	Folhas	Infusão	Colagogo, colerético	2 a 5g/100ml água, 2x	Oral
Calêndula	<i>Calendula officinalis</i>	Flores	Infusão, tintura	Cicatrizante, anti-inflamatório, antisséptico	<ul style="list-style-type: none"> • infusão: 1 a 2g/150ml água • tintura: 2 a 4ml / 250-500ml água 	Tópico
Camomila	<i>Matricaria recutita</i>	Capítulos florais (flores)	Infusão, tintura	Antiespasmódico, anti-inflamatório	<ul style="list-style-type: none"> • Infusão: 2 a 6g, 3x • tintura: 5%, apenas tópico 	Oral e tópico
Confrei	<i>Symphytum officinale</i>	Folhas e raízes	Infusão, decocção	Cicatrizante	5 a 20% (máximo 4 a 6 semanas ao ano)	Tópico
Erva-doce	<i>Pimpinella anisum</i>	Frutos	Infusão	Antiespasmódico, carminativo, expectorante	<ul style="list-style-type: none"> • 0-1 ano: 1g • 1-4 anos: 2g • adulto: 3-5g 	Oral
Espinheira-santa	<i>Maytenus ilicifolia</i>	Folhas	Infusão	Tratamento de dispepsia e úlcera gástrica	2g/100ml água, 3 a 4x	Oral
Funcho	<i>Foeniculum vulgare</i>	Fruto, folha, raiz	Infusão	Antiespasmódico, estomáquico, galactagogo	<ul style="list-style-type: none"> • criança 6 meses-2 anos: 1g/ 150ml água (tomar 20ml no intervalo das mamadas) • criança maior de 2 anos: 	Oral

					1g/150ml água, 2x • adulto: 2g/150ml água, 2x • p/ aumentar leite: 2g/150ml água, 6x	
Guaco	<i>Mikania glomerata</i>	Folhas	Xarope (10%)	Broncodilatador, expectorante	• adulto: 10ml, 3x • criança maior 7 anos: 5ml, 3x • criança 1-7 anos: 5ml, 2x	Oral
Gengibre	<i>Zingiber officinale</i>	Raízes	Infusão, decocção	Profilaxia de náuseas causadas pelo movimento e pós-cirúrgicas	• 6 anos: 0,5 a 2g • adulto: 2 a 4g	Oral
Hortelã	<i>Mentha piperita</i>	Folhas	Infusão, tintura (1:5)	Carminativo, expectorante	• infusão: 3 a 6g • tintura: 5 a 15ml	Oral
Melissa	<i>Melissa officinalis</i>	Folhas	Infusão, tintura (1:10)	Carminativo, sedativo, antiespasmódico	• infusão: 8 a 10g • tintura: 6 a 18ml	Oral
Maracujá	<i>Passiflora incarnata</i>	Folhas	Infusão, tintura (1:8)	Sedativo	• infusão: 4 a 8g • tintura: 1 a 4ml	Oral
Sene	<i>Cassia senna</i>	Folhas e frutos	Infusão	Laxante suave	10 anos-adultos: 0,5 a 2g (antes de dormir)	Oral
Transagem	<i>Plantago major</i>	Folhas	Infusão, emplastro	Para aftas, tosses, diarreia e feridas	→ Uso interno: • adulto: 5g/150ml água, 4x • maiores de 2 anos (até 20kg): 1,5g/ 150ml água, 4x • maiores de 2 anos (acima 20kg): 2g/ 150ml água, 4x → Uso externo (emplastro) • adulto: 30g/0,5L água para tratamento de úlceras, hemorróidas e ferimentos	Oral e tópico
Valeriana	<i>Valeriana officinalis</i>	Raiz e rizoma	Extrato	Sedativo, relaxante, hipotensivo (evitar uso prolongado)	• sedante: 20 gotas, 2x • indução do sono: 4ml à noite	Oral

Apêndice V: Material Educativo Produzido

Anexos

Anexo I: Reportagem retratando a ocupação da Fazenda Casa Branca, às margens da Br 116, em Frei Inocência (MG). Extraído do *Jornal Estado de Minas*, terça-feira, 20 de abril de 2004.

nizar a economia de um país, não se pode atender a tudo o que as pessoas querem no primeiro momento. "E o dirigente sindical sabe que, quando nós estamos preocupados em controlar a inflação, reconquistar a credibilidade e retomar o crescimento da economia, não adianta fazer uma reivindicação absurda. Se você quer chegar a controlar a inflação a 5%, a 5,5%, aquele dirigente sindical que tiver reivindicando 80% ou 70% de reajuste não está sendo verdadeiro com a sua categoria, porque ele sabe que não vai conquistar aquele reajuste, nem que fosse ele o presidente da República", advertiu.

■ INVASÃO EM FREI INOCÊNCIA

Cerca de 120 famílias ligadas ao MST ocuparam domingo a fazenda Casa Branca, de quase 1 mil hectares, às margens da BR-116, em Frei Inocência, no Leste de Minas Gerais. Os trabalhadores entraram na propriedade durante a madrugada e logo cedo começaram a montar as barracas. "Nos passamos sempre por aqui e nunca vemos nada. A terra é muito boa e como está improdutiva, não tem nem gado, resolvemos juntar os amigos e entrar na fazenda" explicou a agricultora Lúcia Martins, de 45 anos, que acusou funcionários da propriedade de ameaçarem os sem-terra com tiros, na noite de domingo. "Eles eram uns 20 homens armados e atiraram na gente" denunciou.

Esta é a segunda fazenda ocupada pelo MST em

Frei Inocência. A primeira invasão ocorreu em junho de 2002, quando cerca de 300 famílias entraram na fazenda Eldorado, onde estão até hoje, no acampamento Padre Gino, que fica há menos de cinco quilômetros da Casa Branca.

Durante toda a tarde de ontem, membros do Movimento em Defesa da Propriedade, formado por produtores rurais da região e o dono da fazenda Paulo Lobato estiveram reunidos com o comando da Polícia Militar para discutir a situação. "Nós queremos que a Polícia e o governo do Estado tomem ações para coibir essas ações. Agora virou ato comum. Para tudo, eles usam o mesmo argumento de que a terra é improdutiva. Não são eles que devem definir isso e sim os órgãos competentes" reclamou Roberto Cezar, presidente do Sindicato Rural de Governador Valadares. Cezar garantiu que a terra é produtiva e que as acusações sobre os tiros são mentirosas. "A fazenda é uma grande produtora de gado. E essa história de que foram recebidos com tiros é mentira", afirmou.

Já em Ribeirão Preto, interior de São Paulo, cerca de 400 homens da Polícia Militar garantiram ontem pela manhã (foto) o cumprimento do mandato de reintegração de posse da fazenda da Barra. Os integrantes do MST saíram pacificamente da área, depois de 6 horas de negociação com a PM. (Lourival Werneck e agências)

“ Já radicalizei muitas vezes, já tive bom senso e toda vez que prevaleceu o bom senso eu ganhei. Todas as vezes que radicalizei eu perdi ”

■ Luiz Inácio Lula da Silva,
presidente

Anexo II: Reportagem sobre o confronto entre integrantes do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, funcionários da Fazenda Eldorado e policiais militares em Frei Inocência. Extraído do *Jornal Hoje em Dia*, quarta-feira, 15 de junho de 2004.

Sem-terra baleados no confronto com a PM

ANA LÚCIA GONÇALVES
DA SUCURSAL

FREI INOCÊNCIA - Dois sem-terra foram baleados, outros dois presos, e uma viatura da Polícia Militar depredada em um confronto entre integrantes do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra (MST), funcionários da Fazenda Eldorado e PMs, no final da tarde da última segunda-feira, nesta cidade do Vale do Rio Doce. A confusão teria começado após a prisão em flagrante do sem-terra Novercino Pereira da Silva, 44 anos, com meia saca de milho que teria furtado. Um vaqueiro foi mantido refém por cinco horas. De acordo com a liderança local do movimento, havia permissão para que as espigas caídas no chão fossem pegas.

Segundo o delegado de Frei Inocência, Marcos de Alencar, 70 hectares da Fazenda Eldorado foram destinados aos sem-terra pela Vara de Conflitos Agrários de Belo Horizonte, mas eles estariam fazendo incursões em outra parte da propriedade. Ao levarem o suspeito para a viatura, os PMs teriam sido abordados por acampados, que, armados de foices, facões e enxadas, tentaram impedir a prisão. Eles teriam atacado os PMs, que entraram no veículo, que foi totalmente danificado. Para conter o ataque, os PMs teriam efetuado disparos de dentro da viatura, acertando um dos sem-terra, de raspão, no tornozelo - ele

não foi identificado pela polícia -, e Wilmo Damasceno Costa, 34 anos, no ombro.

Nesse momento, os demais integrantes do MST teriam bloqueado a porteira, impedindo a passagem de funcionários e policiais. Eles teriam feito refém o vaqueiro Edilson Ezequiel, 30 anos, durante cinco horas. No final da noite, após negociação com a PM, os sem-terra abandonaram a sede da fazenda e libertaram o vaqueiro. Ele foi atendido no hospital de Frei Inocência com um corte nas costas e outros ferimentos no corpo.

O sem-terra Wilmo Damasceno foi autuado por tentativa de homicídio qualificado e Novercino por furto simples. Segundo o delegado, todos os envolvidos responderão por cárcere privado. Damasceno está internado, sob escolta policial, no Hospital Municipal de Governador Valadares, e Novercino está preso na Cadeia Pública da mesma cidade.

Segundo o líder do MST na região, Brasilino Moreira, os sem-terra só teriam atacado a viatura depois que os tiros foram disparados pelos PMs. Ele também disse que os sem-terra teriam tido autorização do meeiro Eduardo Pereira de Oliveira para recolher, no chão, o milho que os tratores da fazenda não conseguiam coletar. O 6º Batalhão de Polícia Militar vai abrir sindicância para apurar as circunstâncias em que os tiros foram disparados pelos PMs.

Anexo III: Mapa mostrando a localização geográfica do município de Frei Inocência, em relação à capital do estado, Belo Horizonte. Extraído do site www.cidades.mg.com.br, em 04 de julho de 2004.

