

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA
Sub-área de Concentração Endemias, Ambiente e Sociedade
Departamento de Endemias Samuel Pessoa

DA GESTAÇÃO AO RESGUARDO:

**A Fala Social de Agentes de Saúde de um Assentamento do MST em Alagoas,
Nordeste do Brasil**

Theresa Cristina de Albuquerque Siqueira

Rio de Janeiro – 2003

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA
Sub-área de Concentração Endemias, Ambiente e Sociedade
Departamento de Endemias Samuel Pessoa.

DA GESTAÇÃO AO RESGUARDO:

**A Fala Social de Agentes de Saúde de um Assentamento do MST em Alagoas,
Nordeste do Brasil**

Theresa Cristina de Albuquerque Siqueira

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Ciências, Área de Concentração Saúde Pública, Sub-área Endemias, Ambiente e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Navarro Stotz

Rio de Janeiro - 2003

Catálogo na fonte
Centro de Informação científica e Tecnológica
Biblioteca Lincoln de Freitas Filho

S618 Siqueira, Theresa Cristina de Albuquerque
Da gestação ao resguardo: a fala social de agentes de saúde de um
assentamento do MST em Alagoas, nordeste do Brasil. / Theresa Cristina de
Albuquerque Siqueira. Rio de Janeiro: s.n., 2003.
[145]p., ilus., mapas

Orientador: Stotz, Eduardo Navarro
Dissertação de Mestrado apresentado à Escola Nacional de Saúde Pública.

1. Cuidado Pré-Natal 2. Bem-Estar Materno
3. Assentamentos Rurais. 4. Agente comunitário de Saúde.

CDD – 20.ed. – 618.24

AGRADECIMENTOS

“Se é verdade que o trabalho de pesquisa (o ato de escrever) é uma atividade solitária, também é verdade que, nessa solidão, encontramos mensageiros que nos iluminam o caminho. O momento de agradecimentos é a hora em que queremos compartilhar a alegria de saber que alguém estava conosco, ao nosso lado, nos apoiando. Agradecer é dividir essa alegria recebida” (Leão, 1999)

Agradeço a Deus pela experiência adquirida nos caminhos percorridos e não percorridos na realização deste trabalho. Agradeço ainda por sentir sua presença em todas as pessoas que direta e indiretamente ajudaram a compor esta dissertação.

Lembro primeiramente os meus pais, Maria do Carmo e Benedito Siqueira, meu companheiro Luciano Vanderley, minha pequena Isa, meus irmãos David e Abraão e o meu primo Paulinho pela força, pelo amor, pela compreensão e tantos outros bons sentimentos.

Lembro também da orientação, força, disposição e paciência de meu orientador, também amigo, Prof. Dr. Eduardo Navarro Stotz.

A colaboração, o carinho e o apoio de minha amiga e professora Maria Inez de Oliveira Tenório pelas incansáveis leituras e discussões conjuntas que me ajudaram a descobrir a essência desse trabalho.

A comunidade de Massangana pela grande acolhida e apoio, pois sem ela não existiria este trabalho.

O Movimento dos Trabalhadores Sem Terra pela grande contribuição dada.

Aos Tios Benedito Amâncio de Albuquerque e M^a Victoria de Albuquerque Gusmão Correia pelo apoio dado.

E as tias M^a José, M^a Cristina de Albuquerque, Idalina Lins e Leonor Amorim que sempre incentivaram e colaboraram para a realização deste trabalho, mas faleceram no decorrer do mesmo.

As amigas e professoras da área de nutrição social da Universidade Federal de Alagoas Inez Tenório, Margarida Freire e Fátima Machado por todo exemplo ético, de solidariedade, sabedoria e justiça que vocês transmitem no dia-a-dia.

A hospedagem, o acolhimento e, sobretudo, o cuidado de Ana de Carvalho e Abigail durante o primeiro ano de mestrado em terras cariocas.

Os professores da Sub-área de Endemias, Ambiente e Sociedade especialmente o Professor Victor Valla, por tudo que é e por tudo que transmite, aos professores de Seminários avançados Elisabeth Moreira, Ricardo Ventura e Sheila Mendonça, esta também como coordenadora da sub-área e os professores Antonio Duarte e Paulo Sabroza.

Os funcionários do DENSP da Escola Nacional de Saúde Pública, especialmente a Carla, sempre tão atenciosa.

As amigas Denise Correia e Maria José Castro pelo grande apoio e amizade.

Não posso esquecer de todo apoio que recebi do departamento e da coordenação do curso de Nutrição da Universidade Federal de Alagoas através dos professores Regina Lane e José de Souza Leão, do Departamento de Medicina Social, através do Professor Gonçalo Dórea e dos funcionários Lúcia Rodrigues, Consolação e Ivanilson.

Ao Professor Jorge Luis Riscardo pelas contribuições oferecidas.

A(os) amigas(os) de Turma da ENSP: Giane Molliari, Márcia Cipriano, Maria Bella, José Levino, Roberta e Tânia, além de Elenice, Gabriela, entre outros.

A transcrição das fitas realizadas pelo Sr. Douglas e pela Nutricionista Maria Patrícia e a revisão feita por Sidney Wanderley.

Aos companheiros de caminhada no Movimento Estudantil-UFAL e no Partido dos Trabalhadores/AL Alessandra, Gilberto, Cristiano, Narciso, Sanny, Edvilson, Bruno, Sandra e Marquinhos, que tanto contribuíram para a minha formação.

Aos companheiros Adolfo Vagner, Glauce e Suênia pelo apoio e incentivo.

A Maria Edna e o professor Haroldo pelo apoio no início desta caminhada.

E a todas(os) amigas e amigos alagoanos e cariocas que me ajudaram em todo o decorrer deste trabalho.

“Buscar a liberdade, criar a partir da nossa família um novo jeito de viver e educar. Somos nós, as mulheres, que geramos os filhos, mas a nossa tarefa é bem maior que gerar filhos. É gerar a vida! Gerar a vida é irradiar a Esperança. É tornar o Sonho possível. É construir com as nossas próprias mãos, uma Nação de mulheres e homens livres e iguais”.

**Coletivo Nacional de Gênero do
Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra.**

SUMÁRIO

RESUMO.....	8
ABSTRACT.....	9
INTRODUÇÃO.....	10
As primeiras intenções	
A inclusão dos aspectos populares	
Algumas interferências	
OBJETIVOS.....	13
Capítulo I – CONTEXTUALIZANDO A PESQUISA.....	14
1.1 Os primeiros contatos.....	14
1.1.1 A escolha do assentamento	
1.1.2 Os primeiros dias	
1.2 Alguns contatos importantes/interessantes relacionados ao tema.....	21
1.2.1 O que vimos e ouvimos nas visitas com o agente de saúde	
1.2.2 O vendedor ambulante de remédios	
1.2.3 A reunião com a equipe do Programa Saúde da Família de Maragogi	
1.2.4 O centro de medicina popular e uma proposta de pesquisa sobre plantas medicinais	
1.2.5 Encontro com uma agente informal de saúde	
1.3 Aspectos teóricos.....	25
1.3.1 Práticas de saúde	
1.3.2 As redes terapêuticas	
1.3.3 Classificação para definir os agentes	
1.3.4 Ciclo gravídico-puerperal	
1.3.5 Assistência no ciclo gravídico-puerperal	
1.4 Aspectos metodológicos.....	42
1.4.1 Reconhecimento e caracterização da área	
1.4.2 Universo de Análise	
1.4.3 Procedimentos metodológicos	

1.4.3.1 Coleta dos dados	
1.4.3.2 O Discurso do Sujeito Coletivo e a análise dos dados	
1.5 Considerações éticas.....	52
Capítulo II – A QUESTÃO AGRÁRIA, O MST E MASSANGANA:.....	53
2.1 A questão agrária e o Movimento dos Trabalhadores Rurais.....	55
2.2 Os assentamentos e suas condições de saúde.....	60
2.3 O setorial de saúde do MST.....	62
2.4 O assentamento Massangana.....	66
2.4.1 Localização	
2.4.2 Aspectos geográficos e agrícolas	
2.4.3 Aspectos demográficos	
2.4.3.1 Origem dos moradores e suas atividades profissionais	
2.4.4 Condições sanitárias e do meio ambiente	
2.4.5 As instituições públicas	
2.4.6 Os meios de transportes	
2.4.7 A associação do Assentamento Massangana	
2.4.8 As relações comerciais	
2.4.9 O lazer	
2.4.10 Domingo: dia de culto no Assentamento	
Capítulo III – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.- O DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO: <i>A fala social dos agentes de saúde</i>	74
3.1. Os cuidados no ciclo gravídico-puerperal.....	74
3.1.1 Na gestação	
3.1.2 No parto	
3.1.3 No resguardo	
Capítulo IV – REFLEXÕES SOBRE A FALA SOCIAL DOS AGENTES.....	92
4.1 Uma caracterização dos agentes de saúde.....	92
4.2 O dom e a reciprocidade.....	96
4.3 O atendimento pré-natal em Maragogi.....	99
4.4 Os cuidados no Parto.....	103
4.4.1 Assistência ao Parto	

4.4.2 Os procedimentos no parto	
4.4.3 Casos de perigo	
4.4.4 Problemas do parto	
4.5 Puerpério, Resguardo.....	108
4.5.1 A norma do resguardo e a tradição religiosa	
4.5.2 A alimentação no período de resguardo	
4.5.3 A Quebra de resguardo	
4.6 O cuidado como elemento central na mediação entre os sistemas formal e informal de saúde.....	118
4.6.1 A construção compartilhada do conhecimento	
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	126
ETAPA DEVOLUTIVA DA PESQUISA.....	131
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	133
LISTA DE QUADROS.....	144
ANEXOS.....	145

RESUMO

Este é um estudo de caso que teve como objetivo compreender as representações sociais das agentes de saúde sobre as práticas referentes ao ciclo gravídico-puerperal em um Assentamento Rural de Alagoas organizado pelo MST. Especificamente identificamos as principais concepções das agentes de saúde sobre os cuidados no ciclo gestação-parto-puerpério, estabelecendo as representações sociais sobre esses cuidados, refletindo sobre os sentidos que estas representações têm para as práticas das agentes de saúde. Para o levantamento dos dados utilizou-se entrevistas semi-estruturadas com agentes de saúde locais e a observação participante. Para a análise, optou-se como recurso metodológico o Discurso do Sujeito Coletivo - DSC. Nos DSCs foram ressaltados alguns aspectos como a caracterização destas agentes, a relevância da medicina popular, do dom e da dádiva divina, o significado da busca do atendimento formal, o acompanhamento pré-natal, assistência ao parto e ao puerpério, e, o cuidado como elemento central na mediação entre as alternativas de saúde. O cuidado aparece como categoria compreensiva e complementar destas alternativas. As agentes desempenham também um papel de mediação entre os saberes e práticas que constituem essas alternativas. Como o Discurso do Sujeito Coletivo, parte da linguagem e categoria de pensamentos expressos pelas agentes, podemos considerá-lo como uma metodologia apropriada à percepção e aproximação das representações sociais das mesmas. Os dados aqui apresentados reforçam a necessidade de interações fundamentadas no diálogo e respeito para com o outro, na valorização do saber e das experiências populares, e através da construção compartilhada do conhecimento contribuir para o planejamento e organização de práticas de saúde em assentamentos rurais.

PALAVRAS-CHAVE:

1. Agente Comunitário de Saúde; 2. Bem-Estar Materno; 3. Assentamentos Rurais; 4. Cuidado Pré-Natal.

ABSTRACT

This is a case study which aimed at understanding the social representations of the health agents over the practices referring to the pregnancy-puerperium cycle in a settlement of landless agricultural labourers in Alagoas, organized by the Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra – MST (Landless Movement). We have specifically identified the main conceptions of the health agents about the cares in the pregnancy-delivery- puerperium cycle, establishing the social representation over these cares and we have reflected about the meaning these representations have in their health practices. The data was obtained using a semi-structured interview with the local health agents as well as participative observation. For the analysis we have chosen as a methodological resource the Discurso do Sujeito Coletivo – DSC (Collective Subject Discourse). In the DSCs some aspects were highlighted, like the characterization of these agents, the relevance of popular medicine, and of the divine gift, the meaning of the search for a professional way of attending the patients, the pre natal accompaniment, the support to the delivery and the puerperium periods, and the care as the central element in the mediations among the health alternatives. This care appears as a comprehensive and complementary category to these alternatives. The agents also perform a role in the mediation between the knowledge and the practices that constitutes these alternatives. As the DSC, comes from the language and thought category expressed by the agents, we can consider it as an appropriate methodology to the perception and proximity of their social representation. The data presented here reinforces the necessity of interactions based in dialogue and respect with one another, the valorisation of the popular knowledge and experience, and through the shared construction of the knowledge contribute for the planning and organization of health practices in settlements of landless agricultural labourers.

KEY WORDS

1. Health community agent 2. Maternal well-being 3. Rural settlements 4. Pre natal care.

INTRODUÇÃO

As primeiras intenções

O nosso primeiro contato com as populações de assentamentos rurais foi em 1995, na realização de uma pesquisa que visava à melhoria das condições de saúde de um assentamento (Ferreira et al, 1996; Ferreira & Siqueira,1998). Neste mesmo ano ocorreu que, ao assumirmos a Coordenação de Movimentos Sociais do Diretório Central dos Estudantes da Universidade Federal de Alagoas, elaboramos um planejamento de atividades que buscava promover uma articulação entre a Universidade e os Movimentos Sociais do Estado. Dessa forma, aconteceu a nossa aproximação com alguns movimentos, sobretudo com o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra – MST..

Infelizmente, a pesquisa não teve continuidade; entretanto, os dados obtidos e a experiência adquirida nas reuniões com os coordenadores do MST intensificaram a nossa vontade de trabalhar, enquanto nutricionista, com as classes populares rurais e, principalmente, com aquelas que “iniciavam uma nova vida” com a conquista da terra.

Além da nossa vontade pessoal e profissional, existia também a necessidade de formulação de políticas de saúde, elaboradas em conjunto com os integrantes das classes populares (militantes ou não dos movimentos sociais), considerando suas próprias lógicas e seus contextos históricos, sociais e políticos.

Naquele momento, percebemos que era primordial conhecer e entender essas classes populares. Quem seriam essas pessoas que sobreviviam diante de toda uma situação de miséria, abandono, exploração, e que tentavam construir nos assentamentos um novo modelo de sociedade?

Os dados quantitativos sobre as condições de saúde obtidos na pesquisa, apesar de serem importantes, não eram suficientes para o aprofundamento que desejávamos. Além disso, o nosso conhecimento acerca das populações rurais

se resumia a textos, livros e as discussões com os dirigentes políticos dos movimentos sociais, que, apesar de serem integrantes e representantes dessas classes populares, traziam somente uma parte de toda a riqueza do cotidiano por eles vivido. O que nos faltava, era o desvendar desse cotidiano. Desta necessidade, surge a idéia de nos aprofundarmos no método qualitativo com características etnográficas.

Tomamos como ponto de partida para o nosso estudo as seguintes questões: o que a população residente em assentamentos rurais está fazendo em termos de práticas de saúde? O que a leva a optar por tais práticas? Qual o papel do MST na difusão e elaboração destas práticas? Qual a rede de relações sociais criada em torno destas práticas de saúde?

Com o passar do tempo, e no processo de delimitação do objeto, optamos por realizar uma pesquisa direcionada para a compreensão das redes terapêuticas formadas a partir das práticas de saúde materno-infantil. Partimos do pressuposto de que existiriam presentes nessas práticas uma variedade de alternativas terapêuticas. E além de estudar as práticas formais de saúde e as práticas populares desenvolvidas no cotidiano destas populações, pretendíamos também acompanhar as práticas promovidas por este movimento social através do seu setorial de saúde.

A inclusão dos aspectos populares

No decorrer da pesquisa, tivemos de enveredar pelo caminho das práticas populares em saúde - caminho este muito associado a nossa história de vida. Para a compreensão dos conceitos e práticas populares de saúde dos agentes de saúde, buscamos auxílio nas referências raras da Biblioteca Nacional, do Museu Nacional do Folclore, no Rio de Janeiro, e do Instituto Histórico e Geográfico de Alagoas.

Durante essas pesquisas lembrávamo-nos dos conceitos e práticas de saúde de minha avó e da minha tia-avó: Cuidados com “olhados”, “enguiçar animal”, “pancadas de vento”, “comidas pesadas”, chás de hortelã, cebola, pitanga, etc., eram comuns.

Minha tia-avó era um exemplo do sincretismo religioso da população brasileira. Solteira, humilde, de origem rural, veio para Maceió muito nova.

Católica, todo sábado fazia suas obrigações (orações) a Nossa Senhora das Cabeças e Padre Cícero, pedindo paz para a família e luz para os estudos dos sobrinhos. Esta proteção era reforçada no dia 8 de dezembro, quando lançava ao mar de Pajuçara¹ oferendas (flores e perfumes) à nossa Senhora da Conceição ou Iemanjá. Também era comum, ouvirmos suas palavras sobre os ensinamentos espírita de André Luiz e Bezerra de Menezes. Quando alguma criança adoecia, sabia qual era o melhor remédio entre chás, lambedores, orações ou remédio de farmácia.

Depois de seu falecimento, no meio de seus pertences, encontramos fragmentos da oração de Nossa Senhora de Montserrat (anexo 1), a oração que, entre outras coisas, protege a mulher e a parteira no momento do parto. Foram essas concepções religiosas e de saúde-doença que permearam nossa infância.

Algumas interferências

No decorrer deste trabalho, fomos surpreendida por algumas questões de ordem pessoal que nos fizeram interromper os estudos (Anexo 2). Apesar dessa interrupção, essas questões nos levaram a refletir sobre o objeto estudado. Estávamos vivenciando, tanto em nível pessoal quanto acadêmico, as práticas de saúde relativas a gestação, parto e puerpério.

Esta nossa vivência pessoal contribuiu para a “entrada” no cotidiano que tanto almejávamos desvendar.

¹ Pajuçara – praia de Maceió, bastante conhecida, onde anualmente são realizados rituais em homenagem a Nossa Senhora da Conceição ou Iemanjá

OBJETIVOS

Objetivo geral:

Compreender as representações sociais presentes nas falas dos agentes de saúde (informais, populares e profissionais) de um assentamento rural organizado pelo MST, sobre as práticas de saúde referentes ao ciclo gravídico-puerperal.

Específicos:

Identificar as principais concepções dos agentes de saúde sobre os cuidados de saúde no ciclo gestação-parto-puerpério.

Estabelecer as representações sociais sobre os cuidados de saúde com o ciclo gestação-parto-puerpério.

Discutir os sentidos que as representações têm para as práticas de saúde de agentes de saúde.

Contribuir para o planejamento e a organização das práticas de saúde nos assentamentos rurais do MST.

CAPITULO I

Contextualização da pesquisa

1.1 Os primeiros contatos

1.1.1 A escolha do assentamento

O primeiro contato com a comunidade estudada aconteceu em julho de 1999 e deu-se através do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra, MST. Programamos uma visita para conhecer os assentamentos do município de Maragogi. Foi uma viagem cheia de imprevistos. A princípio, no meio do caminho, o carro quebrou e nossa chegada, prevista para as 10 horas, só ocorreu às 18 horas. Como os assentamentos ainda não dispunham de energia elétrica, só foi possível visitar um deles, denominado Lemos.

Lemos era um pré-assentamento, pois seus ocupantes tinham acabado de conquistar a emissão de posse da terra, estavam se estruturando. Quando lá chegamos havia escurecido e foi interessante conhecer pessoas sem poder ver a fisionomia delas. Nesses momentos, *o ouvir* e *o falar* se torna mais importante do que *o ver*. Percebemos que a falta de televisão, como conseqüência da falta de energia, fazia com que as pessoas conversassem mais. Muitas se encontravam sentadas à porta das casas, proseando. Era uma típica cena do interior.

Conversamos sobre o trabalho com a líder do assentamento, uma senhora integrante do Movimento, bastante comunicativa e alegre. Ela disse que sua filha era agente de saúde e estava participando da Marcha Nacional dos Sem Terra. Disse, ainda, que tinha planos para a construção de uma horta comunitária no assentamento. Convidou-nos a passar a noite no local, mas éramos esperados por outras pessoas do movimento, no povoado mais próximo. Combinamos voltar no dia seguinte.

No outro dia, fomos direto para o assentamento Massangana. Inicialmente fomos apresentada à presidente da associação, que se encontrava trabalhando na Casa de

Farinha². Ela aparentava uns 45 anos, tinha uma fisionomia séria e forte que contrastava com sua voz, bem suave e mansa. O coordenador do Movimento fez as apresentações e disse que estávamos ali para fazer uma pesquisa. Explicamos o trabalho e seus objetivos. Ela propôs que escolhêssemos Massangana para a realização da pesquisa. Argumentou, ainda, que Massangana era o assentamento mais organizado.

No meio da conversa nos surpreendemos com a notícia da morte de um militante do Movimento. Tratava-se de um trabalhador rural que morava em Matriz de Camaragibe, município próximo a Maragogi, e que fora assassinado. A presidente da associação se desculpou pois teria de se apressar para organizar a ida de alguns assentados ao velório. Chamou seu filho, para que nos acompanhasse na visita ao assentamento. Conhecemos pouca coisa, pois dependíamos da “carona” do coordenador do Movimento. Ele tinha vários compromissos, e além de ir ao velório, ainda precisava passar na cidade de Maragogi para conversar com o prefeito.

Assisti parte da reunião com o prefeito de Maragogi sobre um planejamento estratégico feito pela Secretaria Estadual da Agricultura. Além do prefeito e representantes do MST de alguns assentamentos, inclusive Massangana, participaram da reunião representantes do INCRA, da Associação dos Pescadores, do Sindicato dos Trabalhadores Rurais, do Banco do Nordeste, além de alguns secretários municipais.

O prefeito era profissional de saúde, um médico. Segundo informações de integrantes do MST, ele respeitava o Movimento e sempre se mostrava disposto a ouvir suas reivindicações, embora demorasse a atendê-las.

Retornamos a Lemos, onde havíamos ido no dia anterior. Agora, as vozes podiam ser associadas às fisionomias das pessoas com quem havíamos conversado à noite. Lá encontramos uma festa surpresa para o coordenador do Movimento, pelo seu aniversário. A notícia da morte do companheiro fez com que desistissem da festa, porém decidiram pelo menos cantar “parabéns”. A reunião se deu na antiga capela da fazenda. Depois da ocupação, os antigos donos decidiram tirar todos os objetos da capela, restando só o prédio. Os assentados aproveitaram o local como espaço para reuniões. Durante a festa fomos apresentada aos dois agentes de saúde do Movimento. Eles percorriam todo o assentamento e eram responsáveis pela horta medicinal.

² Casa de Farinha – fabriqueta onde se produz farinha de mandioca.

Também entramos em contato com uma senhora que curava as crianças, sendo portanto, uma pessoa bem conhecida.

Depois de servido o bolo, partimos para o velório. Lá havia muita gente. Encontravam-se presentes todos os dirigentes do MST, alguns membros de partidos políticos e várias das pessoas que conhecêramos durante as últimas 24 horas. O velório foi transformado em ato político contra a violência no campo.

Os fatos ocorridos nesta viagem nos permitiram perceber o dinamismo do dia-a-dia nos assentamentos e, sobretudo, a vulnerabilidade desses trabalhadores rurais que têm de conviver com o risco da “*morte matada*”, sem perder, contudo, o senso de solidariedade e a perseverança na luta.

Estes foram os nossos primeiros contatos para a escolha do assentamento a ser estudado. Conversar com os coordenadores do Movimento também nos ajudou a decidir concentrar a pesquisa em um único assentamento, Massangana. Escolhemos esse assentamento porque já possuía uma certa estrutura e que fora indicado para ser a sede do projeto “*farmácia viva*”. Era dezembro de 1999 e estávamos ansiosa para iniciar o trabalho de campo nesse mesmo mês, mas tivemos de adiá-lo para janeiro, devido às festas de fim-de-ano.

1.1.2 Os primeiros dias

Nos primeiros dias do ano 2000, fomos à sede do Movimento para tratar da nossa ida ao local escolhido para o desenvolvimento dos trabalhos. Aproveitando uma “carona”, viajamos, no dia seguinte, juntamente com a responsável pelo setorial de saúde.

Permanecemos no assentamento por pouco tempo pois estava ocorrendo um cadastramento do Incra, na sede da Associação. No entanto, a visita foi proveitosa, pois estavam reunidas algumas pessoas que viriam a fazer parte da pesquisa.

Ao nos apresentar a algumas pessoas a assistente social se referia a nós como “*uma nutricionista que iria fazer uma pesquisa com as mães*”, o que possivelmente influenciou um pouco a concepção delas sobre o nosso trabalho.

Entre as primeiras pessoas que conhecemos, encontrava-se o responsável pela horta medicinal e pelas *garrafadas*, uma agente de saúde da associação e o novo presidente da associação. Conversando, este se mostrou bastante receptivo para com o estudo e para a nossa permanência no assentamento durante a pesquisa.

Assim, no dia 19 de janeiro, logo pela manhã, a assistente social e nós, partimos de Maceió em direção a Maragogi. Às 10 horas já nos encontrávamos no assentamento. Como nem o presidente da associação nem a vice-presidente estavam ali, a assistente social nos levou à casa de uma ex-dirigente do Movimento e que já conhecíamos, das mobilizações políticas, em Maceió. Conversamos um pouco e depois fomos à casa do responsável pela horta medicinal. Ele também não estava, pois tinha saído para trabalhar na horta. Fomos até lá. A horta ficava na agrovila do assentamento e não era necessário caminhar muito para chegar lá.

Retornamos. Apesar de bastante simpática e receptiva, sua esposa parecia um pouco ansiosa com a nossa presença. Depois ela relatou que tinha ficado um pouco chateada com o marido porque ele tinha acertado uma coisa sem ter informado a ela e que, por sorte, ela tinha feito bastante comida.

Enquanto esperávamos o almoço, conversamos e ela propôs que eu ficasse na casa deles, pois achava mais seguro e, além disso, “*não ficava bem para uma moça ficar numa casa sozinha*”, como havia sido proposto na visita anterior.

Logo depois do almoço nos reunimos e o presidente da Associação afirmou que iria convocar uma reunião à noite com as pessoas ligadas à saúde, para que apresentássemos nosso trabalho e planejássemos as entrevistas com os sujeitos da pesquisa. Quanto ao nosso alojamento, decidimos que ficaria mesmo na casa do responsável pela horta medicinal.

Todas as residências do assentamento possuíam um modelo padronizado pelo INCRA, inclusive a que iríamos ficar. Eram compostas por uma sala, dois quartos, cozinha, banheiro e um grande terreno em volta, as diferenças se davam pelas histórias individuais e familiares dos seus moradores. Além de um aparelho de som, uma televisão sintonizada por uma antena parabólica, havia algumas imagens de santos e fotos da família na sala, sempre referidas pela dona da casa. Em volta da casa, também existia um canteiro de flores e ervas medicinais. Essas ervas “*eram para alguma emergência*”.

No final da tarde, fomos até a horta medicinal. Havia mais de 30 espécies de plantas. Ela mostrou algumas, enquanto discorria sobre suas qualidades terapêuticas: “*hortelã da folha miúda serve para vermes, quebra pedra para os rins, o boldo para o fígado...*”. Seu marido estava lá, trabalhando na horta. Sua parcela ficava distante e ele se apropriou de um espaço da horta para plantar alguns de seus produtos: cabaça³ e maracujá. Ele aproveitou para falar sobre a manutenção da horta que, apesar de coletiva, ficava somente sob sua responsabilidade.

À noite, as pessoas começaram a chegar para a reunião. A vice-presidente e a antiga agente de saúde do assentamento foram as primeiras a chegar e, logo após, o presidente da associação. As outras pessoas foram chegando aos poucos: o agente de saúde vinculado à Secretaria Municipal de Saúde, o secretário e a agente social da associação. Enquanto esperávamos o início da reunião, ficamos ouvindo comentários e conversas. Começamos a repensar a nossa fala na reunião, e em expor bem o porquê do nosso trabalho e os seus propósitos, aventando a possibilidade de contribuição posterior à conclusão do trabalho.

Iniciamos a reunião e o presidente nos apresentou formalmente, pediu o apoio de todos para a realização da nossa pesquisa e em seguida passou-nos a palavra.

Explicamos os objetivos do trabalho e informamos que entrevistariamos as pessoas que trabalhavam com as questões de saúde no assentamento. Perguntamos se eles conheciam mais alguém que trabalhava com curas, rezas ou benzeduras. Falamos, também, sobre as considerações éticas e a necessidade do *consentimento livre e informado* dos participantes. Lemos o texto do consentimento para eles. Também deixamos claro que a pesquisa não estava associada a nenhum grupo partidário e, depois, passamos a palavra para quem quisesse falar.

Todas as pessoas presentes que eram ou já haviam exercido a função de agentes de saúde, referiram-se a um fato comum que era a vergonha das mulheres no contato com o médico. Outras questões colocadas foram a não valorização dos agentes pela Secretaria Municipal de Saúde e a necessidade de capacitação destes.

Fomos informada, nesta reunião sobre a importância de duas pessoas relacionadas com a saúde e que eram sempre procuradas: uma delas tinha prática de

³ Fruto da cabaceira, que, ressecado e esvaziado, é transformado em utensílio doméstico, comum na zona rural brasileira.

“pegar”⁴ crianças e outra de benzê-las; esta última também fazia parte do setorial de saúde do MST.

Combinamos o dia das entrevistas. Este dia era acertado de acordo com a disponibilidade de cada um. A maioria das entrevistas seria realizada no domicílio de cada agente. Ficou acertado de que no dia seguinte, logo pela manhã, iríamos acompanhar o agente da SMS em suas visitas domiciliares. Ele deveria nos levar também até à parteira.

Já passava das 23 horas quando a reunião terminou. As pessoas logo se dispersaram, retornando às suas casas. Tentamos fazer anotações no diário de campo, mas logo tivemos de abortar esta idéia pois a luz que clareava o nosso quarto também clareava o quarto do casal, já que eram quartos de meia parede, ficamos constrangida em incomodar os donos da casa.

No outro dia acordamos bem cedo para registrar os acontecimentos do dia anterior. O sol mal acabara de nascer e já havia movimentação na “rua” do assentamento. Os donos da casa já estavam de pé. Ele tinha de aproveitar o sol frio para ir trabalhar no roçado, ela tinha de preparar seu café. Esta e outras situações foram gradativamente mostrando, de maneira clara, a definição do papel social do homem e da mulher. De nossa parte, naquele momento, tínhamos de tomar banho rapidamente, aproveitando a hora de água mais forte no chuveiro, que ocorria sempre de manhãzinha.

Chamou-nos a atenção o fato de que a alimentação servida na casa era sempre composta por alimentos não produzidos no assentamento, como, por exemplo: cuscuz de milho, arroz, macarrão, feijão, galinha assada, sardinha enlatada, mortadela e charque (carne seca). A farinha de mandioca nunca faltava, era comprada na feira de Maragogi, apesar de haver muita mandioca no assentamento e de este contar com uma casa-de-farinha.

Como combinado, o agente chegou pontualmente às 8 horas. Estava com o uniforme da Secretaria Municipal de Saúde e trazia uma pasta na mão com alguns formulários. Disse que depois das visitas, tinha de preencher aquelas fichas e levá-las para a Secretaria. Refletia assim uma preocupação em registrar os números exigidos para comprovar sua produtividade. Convidou-nos para, no dia seguinte, irmos à cidade, pois haveria uma reunião com a equipe do Programa Saúde da Família, e assim

⁴ Fazer parto.

conheceríamos a “*sua enfermeira*” , foi como ele se referiu à enfermeira responsável pela equipe de Saúde da Família, à qual estava vinculado).

1.2 Alguns contatos importantes/interessantes relacionados ao tema

1.2.1 O que vimos e ouvimos nas visitas com o agente de saúde

A partir das visitas domiciliares do agente de saúde, entramos em contato com algumas mulheres, gestantes e mães de crianças menores de um ano. Muitas vezes sentíamos uma certa inibição por parte delas. Aparentemente eram tímidas, risonhas, só respondiam o básico do que lhes perguntávamos. Nos outros dias, quando retornamos sozinha a algumas casas, encontramos uma maior receptividade e abertura das mulheres para falar sobre seus problemas.

Numas das entrevistas, a agente de saúde da associação relatou que as mães ficavam com vergonha do agente vinculado a SMS, pelo fato de ser homem. O próprio agente comentou que um dos problemas de sua prática era a inibição das mulheres para falarem sobre seus problemas de saúde.

Durante quatro dias não consecutivos percorremos o assentamento para ir às casas das gestantes e mães de crianças menores de um ano. Alguns domicílios localizavam-se na agrovila principal do assentamento e outros numa agrovila chamada Batateira, que, partindo da principal, ficava a 20 minutos de caminhada por estrada de barro.

1.2.2 O vendedor ambulante de remédio

Coincidentemente, na tarde do segundo dia, quando descansávamos após o almoço, apareceu à porta um senhor com mais ou menos 1,50m de altura, gordinho e com um grande bigode; que escondia a precária arcada dentária, pois na sua boca só havia uns três dentes. Trazia uma grande mala na mão. Perguntou se não queríamos comprar remédios. Pediu para entrar e abriu a mala, que mais parecia uma farmácia ambulante. Possuía vários tipos de remédio (paracetamol, metronidazol, mebendazol, polivitamínicos, ácido acetil salicílico, etc.). Vendia até remédios para galinhas. Segundo ele, sua especialidade era óleo de cânfora para dores e um sabonete de enxofre que era bom para muitas coisas, *“bom para sarna, piolhos, pano branco, odores nos*

pés e nas axilas”. Ele próprio os fabricava. Ele vinha do Recife e percorria as áreas rurais do sul de Pernambuco e norte de Alagoas.

Perguntamos com quem ele havia aprendido essas práticas e ele respondeu: *“Aprendi com Deus a fazer estas coisas”*. Ficou bastante desconfiado conosco e não quis mais conversa; logo fechou a mala e se retirou.

Argüimos se era comum aparecer aquele tipo de vendedor e disseram que sim, e que muitas vezes, além de venderem o remédio, eles também diagnosticavam as doenças.

1.2.3 A reunião com a equipe do Programa de Saúde da Família (PSF) de Maragogi

A reunião aconteceu na sede da Secretaria Municipal de Saúde; participaram a enfermeira do Programa e outros agentes de saúde de Maragogi. A pauta da reunião contemplava a questão da importância do preenchimento correto dos relatórios mensais e a necessidade da entrega deles.

O agente de saúde nos apresentou à enfermeira, que relatou as limitações de seu trabalho, tendo como principal dificuldade a falta de condições para realizar as visitas domiciliares nos assentamentos, por não contar com transporte. Talvez tenha sido por essas dificuldades de trabalho que durante a época da pesquisa de campo (30 dias) nem o médico, nem a enfermeira da equipe fizeram visitas ao Assentamento.

O agente era o elo entre o profissional de nível superior da SMS e a comunidade.

1.2.4 O centro de medicina popular e uma proposta de pesquisa sobre plantas medicinais

O coordenador de uma Organização Não Governamental, denominada de Centro de Medicina Popular, esteve no assentamento. Esta ONG presta assessoria a diversos movimentos e está localizada em Olinda - Pernambuco. Iria realizar uma pesquisa sobre plantas medicinais e queria conhecer o local. Aproveitamos para acompanhá-lo.

Percebemos que, quando ele ia conversar com as pessoas e se identificava como médico, elas logo traziam seus exames para que ele os interpretasse. Reclamavam; diziam que o médico local, da última vez que esteve no assentamento, solicitou os exames e não retornou para avaliá-los. Eles queriam conhecer os resultados e os remédios indicados.

1.2.5 Um encontro com uma agente informal de saúde

Durante nossa permanência no assentamento, tivemos de voltar a Maceió num final de semana. Sábado à tarde, aproveitamos o carro da associação, que ia para a pista – a BR-101 Norte - e pegamos uma carona. Na pista havia um casal e uma menina de mais ou menos 10 anos esperando o ônibus. Carregavam uma cesta, algumas frutas e uma foice embrulhada em um pano. O motorista recomendou que ficássemos próxima a eles, pois eram pessoas conhecidas. Reconhecemo-los logo, eram pessoas do assentamento e já havíamos conversado com a filha deles - que por sinal, era uma das mães que entrevistáramos. Lá, passamos o tempo de espera do ônibus da linha Recife-Maceió, conversando. Ela disse que sua netinha estava doente e ia a Porto Calvo encomendar cavalo-marinho para fazer um chá. Era um tratamento eficaz para gripe. Perguntamos se ela acreditava em olhado e ela disse que sim e que *“já curou muito, mas hoje só cura seus netos”*. Ela parecia uma senhora muito firme, tinha um olhar forte e, ao conversar, olhava fixamente nos olhos da pessoa. Já havia anoitecido e a estrada estava bastante escura quando o ônibus chegou. Ao entrar, percebemos que algumas pessoas olhavam com uma certa desconfiança para a foice que o homem portava e que, apesar de estar enrolada no pano, era bem visível. Sentamos juntas e ela continuou a conversar, falava de sua filha (a que morava no assentamento), o quanto ela sofreu por ser negra e mulher. Começou a trabalhar no corte de cana muito nova, casou cedo e a família do companheiro não gostava dela por causa da sua cor. Ela foi uma das pessoas que ocuparam a terra. Estava gestante na época e teve seu filho durante o período de acampamento. Depois de 15 dias de nascida, a criança acabou morrendo. Segundo a avó, foi *“vento que tinha passado”*. Ao falar de sua filha, demonstrava um certo orgulho: *“Ela é uma danada”*, referia. Perguntamos se, além dessa filha, tinha tido outros filhos; ela disse que sim. Tinha tido mais duas, sendo que uma morreu com 19 anos, de *“uma doença”* que ela não sabia qual e nem o médico tinha informado.

Perguntamos se ela também “*pegava*” criança e ela disse que sim, pois tinha a oração de Montserrat que a avó, antes de morrer, passara para ela. Essa oração era muito forte, era para a mulher não sofrer na hora do parto, só que, segundo sua avó, ela não poderia ler.

Depois dessas conversas, notamos que ela fazia parte do grupo de pessoas que deveríamos entrevistar. Perguntamos se ela estaria no assentamento e se queria participar da pesquisa. Ela respondeu que sim, iria passar uns tempos no assentamento e não tinha problema nenhum em ser entrevistada.

1.3 Aspectos Teóricos

1.3.1- Práticas de Saúde

Entendemos por práticas de saúde os saberes que orientam o tratamento dos problemas na busca de sua resolução. Nestes saberes há, sempre subjacente, um modelo explicativo do processo saúde-doença. A decisão dos enfermos em procurar ou não o médico ou o curandeiro depende de uma série de fatores, dentre eles o tipo de diagnóstico, a gravidade da enfermidade e a acessibilidade aos serviços de saúde (Kroegeer, 1989).

O estudo sobre as práticas de saúde de uma determinada sociedade não pode deixar de considerar os vários aspectos que integram esta sociedade, especialmente no que se refere à sua organização social, religiosa, política e econômica (Helman, 1994).

De acordo com o autor citado, o *background* cultural exerce influência sobre a vida das pessoas, sobre suas crenças, seus comportamentos, percepções, emoções, religiões, e sobre as atitudes em relação à doença, dor e outras formas de infortúnio, que implica as questões de saúde e de atenção à saúde. Entretanto, o autor salienta que a cultura não representa a única influência e destaca a interferência de fatores individuais (idade, gênero, experiências, etc.), fatores educacionais (formais e informais) e fatores socioeconômicos, como classe social, *status* econômico e redes de apoio social (Helman, 1994).

Para Minayo,

“SAÚDE / DOENÇA, enquanto fenômeno social, tem seu esquema interno que é parte de um marco referencial de especialistas (doutores, curandeiros, rezadores, mágicos), mas também se compõe do quadro da experiência do dia-a-dia que se expressa através do senso comum. Ambas as modalidades de representação do fenômeno se influenciam mutuamente, de forma dinâmica, embora o saber do especialista seja dominante. Portanto, na construção histórica da saúde e da doença, tanto são atores e autores os intelectuais e técnicos do setor saúde como a população” (Minayo, 1994, 194).

Em um estudo sobre a etiologia popular da doença, Minayo (1988) afirma que as teorias populares se desenvolvem a partir de experiências de vida e se reorganizam constantemente no contato com a prática, seja na medicina oficial, seja em todos os outros sistemas alternativos. Segundo esta autora, através da compreensão das causas podem-se entender muitas atitudes e práticas dos grupos populares, relativas ao fenômeno saúde-doença. A visão popular da etiologia dos problemas de saúde não é unicausal, ela é plural, holística, ecologicamente orientada e articulada com as condições materiais de existência. Integra explicações de causas naturais, socioeconômicas, psicossociais e sobrenaturais. Estes quatro níveis apresentam-se com dimensões distintas vinculadas, intercambiantes e não contraditórias.

As doenças também podem ser causadas pelo desequilíbrio da relação homem-natureza. A causação natural corresponde à inter-relação entre os fenômenos da natureza e a saúde, como, por exemplo, as mudanças do tempo, frio, calor excessivo e os ventos. Os ciclos da lua são relacionados à ocorrência de doenças ou agravamento nas condições de saúde (Minayo, 1988).

No que se refere à explicação baseada nas causas socioeconômicas, a autora as define como aquelas relacionadas com as condições materiais de existência: salário, moradia, emprego, saneamento. As relações sociais são exemplos de fatores importantes desta causação. Destacamos, também, neste nível, o funcionamento do sistema de saúde (Minayo, 1988).

A causação psicossocial está relacionada aos sentidos e emoções que prejudicam a saúde. Neste nível, Minayo (1988) enfatiza as influências das perturbações nas inter-relações familiares, nas relações de vizinhança e de trabalho. Também sentimentos como raiva, inveja, ciúmes e tristezas são destacados como atribuidores de doenças.

A causação sobrenatural consiste no universo dos espíritos e dos seres transcendentais: “*Deus, Santos, Orixás, os Espíritos dos Mortos*” (Minayo, 1988).

“Particularmente quando as doenças são difíceis de ser explicadas pelo diagnóstico médico, como distúrbios emocionais e problemas degenerativos, seu entendimento é dado como ‘castigo de Deus’, ‘coisas que mandaram’, ‘encosto’ de algum espírito” (Minayo, 1988, 375).

As explicações das causas sobrenaturais estão referenciadas nas dificuldades do dia-a-dia, com raízes históricas muito profundas, ultrapassando os limites de classe (Minayo, 1988).

A base das explicações, considerando os diversos domínios de causação, dadas pelas classes populares, consiste na própria inserção destas classes no mundo material, histórico, vivo e repleto de contradições.

“(...) a observação do que acontece no dia-a-dia, a experiência do cuidado e do tratamento das doenças, a tradição familiar e grupal fornece às pessoas uma relação de causa-efeito que constitui seu estoque de conhecimentos entranhado e alimentado pela prática. (...) o sistema biomédico, que é o dominante em nossa sociedade, penetra em todas as áreas e em todos os grupos sociais, configurando-se, para cada um deles, de forma específica” (Minayo, 1988, 377).

Em um estudo realizado por Loyola (1984), no município de Nova Iguaçu, no Estado do Rio de Janeiro, observou-se que as práticas de saúde não estavam necessariamente dirigidas à cura das doenças do corpo, mas interligadas, também, aos males do espírito. Constatou-se que há uma intercalação, pelos agentes, no uso da medicina científica com o de outros sistemas médicos: pais e mães de santo, raizeiros, pastores da Assembléia de Deus e da Igreja Batista, e agentes da Igreja Católica.

Pode-se dizer que as várias concepções de saúde-doença estarão refletidas nas diversas alternativas de assistência à saúde que uma sociedade pode apresentar. Kleinman (1984) refere três alternativas de assistência à saúde que se sobrepõem. Estas alternativas são denominadas pelo autor como: *“popular, professional, and folk sectors”*. Na versão traduzida de Helman (1994), estas alternativas são informal, profissional e popular, respectivamente (Helman, 1994).

1.3.2 As redes terapêuticas

Como já citado, na maioria das sociedades existe uma variedade de alternativas terapêuticas. Estas são utilizadas de formas combinadas e alternadas pelos seus membros. A conexão entre estas várias alternativas de tratamentos se constitui em redes terapêuticas. Quanto maior e mais complexa a sociedade, maior será a disponibilidade destas alternativas (Kroeger, 1989; Helman, 1994).

Os doentes são o centro desta conexão. Os aconselhamentos e os tratamentos passam ao longo das conexões desta rede e podem ser originados a partir dos conselhos da família, dos amigos, dos vizinhos, passando pelos curandeiros populares ou pelos médicos (Helman, 1994). As práticas de saúde estão relacionadas com as redes sociais presentes em qualquer tipo de sociedade, ou seja, a vida familiar, os laços de parentescos, o sistema político e socioeconômico, a religião e o lazer, entre outros (Evans Pritchard, 1990).

A recomendação médica é constantemente avaliada tanto pelo doente e pela pessoa que o acompanha, quanto pelas outras partes da rede, sempre em referência ao conhecimento e às suas experiências cotidianas.

“(...) as pessoas doentes escolhem não apenas entre tipos diferentes de curandeiros (informal, profissional ou popular) mas, também, entre os diagnósticos e as recomendações que fazem sentido para elas e os que não fazem. O resultado pode ser de não adesão ao tratamento ou uma transferência a outro segmento da rede terapêutica” (Helman, 1994, 86).

A saúde deve ser pluralista, tanto em relação à sua concepção, quanto às suas práticas. No presente estudo, consideramos uma proposta de integração, na qual as diferenças e as singularidades se mantêm e permitem a expansão das potencialidades dos sujeitos, inerentes a todo ser humano, tanto na elaboração, quanto na fruição dessas práticas.

Wong-Un (1998) nos chama a atenção para a existência destas potencialidades consideradas, por ele como lógicas populares embutidas em cada prática de saúde realizada pelas comunidades:

“(...) que en cada proceso emprendido por un grupo comunitario de salud en particular existirían lógicas complejas de acción: lógicas de individuos y lógicas de grupos; modos de priorizar problemas, de percibirlos; de comunicarse con los ‘beneficiarios’; de planificar y ejecutar las acciones; y de evaluar y replantear su propio trabajo” (Wong-Un, 1998, 93)

Wong-Un (1998) fala, ainda, de nossa necessidade, enquanto profissionais de saúde, de considerarmos o grande potencial existente nas práticas de saúde das culturas locais:

“Esta crisis nos colocan ante la necesidad de construir propuestas de intervención a partir de las formas de acción colectiva de salud ya reconocidas y vividas por las culturas locales” (Wong-Un, 1998, 93).

Complementamos esta discussão com Oliveira (1985) quando esta diz:

“Está nas mãos dos sujeitos populares o poder de transformar a sociedade. De produzir uma modificação de sua posição diante do mundo. De passar de objeto a sujeito da sua história. De produzir a experiência da sua libertação e da sua cultura. De concretizar a necessidade de prestar serviços internos à sua classe” (Oliveira, 1985, 86).

Os trabalhos estudados que enfocam as práticas populares de saúde em Alagoas (Amorim, 1959; Lages Filho, 1934; Rocha, 1980) retratam-nas em perspectiva semelhante a da seguinte citação de Loyola:

“(...) sobrevivências folclóricas de uma época passada, de regiões rurais e comunidades isoladas e atrasadas, ligando o desaparecimento dessas práticas terapêuticas ao desenvolvimento da urbanização” (Loyola, 1984, 3)”.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendou, em 1978, a integração das práticas tradicionais de cura à medicina moderna, enfatizando a necessidade de respeito e colaboração entre os praticantes dos diversos tratamentos e curas (Helman, 1994). No relatório da 10ª Conferência Nacional de Saúde encontra-se a seguinte

resolução:

“As Secretarias Municipais de Saúde, com a colaboração técnica e financeira do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde devem garantir a atenção integral à saúde (...) Para isto, devem: (...) incorporar ao SUS, em todo o país, práticas de saúde como a acupuntura, fitoterapia e homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares” (Ministério da Saúde, 1998, 73).

Entretanto, apesar dos avanços sobre as práticas populares de saúde, percebe-se que ainda existe uma lacuna na incorporação das práticas dos curandeiros populares pelo sistema oficial. Vale ressaltar trabalho desenvolvido em Pacatuba, povoado da região Nordeste do Brasil, feito por Nations et al (1989), sobre a instrução de 46 curandeiros na preparação de sais caseiros de reidratação oral e outras estratégias para a sobrevivência infantil. Estas preparações foram incorporadas aos rituais dos curandeiros, sem alterar a percepção dos habitantes sobre a medicina tradicional, suas preferências por esta medicina ou suas crenças.

Consideramos, neste estudo, as relações sociais presentes no assentamento. As práticas de saúde estão imbricadamente relacionadas às redes sociais presentes em qualquer tipo de sociedade. Como já citado anteriormente, Evans-Pritchard (1990) atenta para o reconhecimento de laços de parentescos, da economia, do sistema político, do *status* social, culto religioso, maneiras de solucionar disputas e de punir crimes, recreação organizada, etc.

1.3.3 Classificação para definir os agentes

A classificação utilizada neste trabalho para os agentes de saúde foi baseada nas alternativas de saúde citadas por Kleinman (1984) e Helman (1994).

▪ Alternativa Informal

A alternativa informal consiste em um campo leigo da sociedade, não profissional e não especializado, onde as doenças são reconhecidas e definidas para depois se iniciarem as atividades de tratamento. Incluem-se nesta alternativa o autotratamento ou automedicação; conselhos ou tratamentos recomendados por parentes, amigos ou vizinhos; atividades de cura ou assistência mútua em igrejas ou cultos; auxílios de pessoas leigas “*que tenham experiência específica em uma desordem particular ou em um tratamento de determinado estado físico*” (Helman, 1994, 72).

Esta alternativa é constituída por um conjunto de curas informais e não pagas, de duração variável, ocorrendo na própria rede social do paciente, especificamente na família.

De acordo com Helman (1994), em algumas vezes os papéis podem ser invertidos. O paciente de hoje poderá ser o agente de cura amanhã. O referido autor ainda afirma que “*os encontros terapêuticos acontecem sem regras determinadas de comportamento ou ambientes*” (Helman, 1994, 73).

Algumas pessoas tendem a atuar como fontes de aconselhamento mais do que outras, sendo suas credenciais devidas à experiência em acontecimentos de vidas, doença específica e/ou tratamento, entre outros. O autor cita como exemplo uma mulher que passou pela experiência de várias gestações e que aconselha informalmente a uma outra mulher na sua primeira gravidez sobre os sintomas e a forma de lidar com eles (Helman, 1994,73).

▪ Alternativa Popular

Kleinman (1984, 59) define como “*folk sector non-professional, non bureaucratic, specialist*”. Nesta alternativa encontram-se os indivíduos que se tornaram

especialistas em métodos de cura e que podem ser sagrados, seculares ou uma combinação de ambos. Estes indivíduos não fazem parte do sistema médico oficial e ocupam uma posição intermediária entre o setor informal e o setor profissional (Kleinman, 1984; Helman, 1994).

Para Kleinman (1984) o setor popular é uma mistura de vários componentes, alguns relacionados ao setor profissional, mas a grande maioria com o setor informal.

Formam grupos bastante heterogêneos, com estilos e pontos de vista distintos, porém, segundo Helman (1994), são homogêneos enquanto participantes dos mesmos valores culturais.

“Grande parte dos curandeiros populares compartilham os mesmos valores culturais básicos e visões de mundo das comunidades em que vivem, incluindo crenças sobre a origem, significado e tratamento de doenças. Nas sociedades em que as causas das doenças e outras formas de infortúnio são creditadas a forças sociais (bruxarias, feitiçarias, mau-olhado) ou sobrenaturais (deuses, espíritos ou fantasmas de ancestrais), os curandeiros populares sagrados são particularmente comuns” (Helman, 1994, 75).

O autor citado acima também refere à abrangência do termo curandeiro, sendo considerado nesta definição *“aqueles que, formal ou informalmente, oferecem orientação e tratamento aos que sofrem de algum desconforto físico e ou desgaste psicológico”* (Helman, 1994, 98).

Observamos, na citação de Amorim (1959, 5), que a especialidade do curandeiro está relacionada com a questão de gênero:

“Há curandeiros e há curandeiras. Elas apenas rezam e benzem para doenças; êles fazem mais, porque curam de cobra, fecham o corpo e tiram espírito, tarefa mais delicada que elas dificilmente exercitam. Curtos são, na quase totalidade, os ensalmos que elas utilizam; eles conhecem e aplicam longas rezas e que melhor impressionam. Mas a eles e a elas não faltam clientes, que eles são muitos e constantemente vivem a procura das rezas e benzeduras”.

As práticas populares de saúde são consideradas, segundo Loyola (1984, 4), como: *“conjunto das técnicas de tratamento empregadas pelos especialistas não reconhecidos pela medicina oficial”.*

Oliveira (1985) considera a medicina popular como uma forma específica de produzir curas, e segundo a autora, é “(...) *parte da história concreta de determinados grupos sociais*”, constituindo-se assim:

“(...) numa das expressões vivas, do ponto de vista político e cultural ,da sua sobrevivência na cidade e da luta constante entre os dominados e dominantes” (Oliveira,1985, 14).

Boltanski (1989) refere que a linguagem do curandeiro é mais acessível aos membros das classes populares e fornece explicações que contêm representações da doença. Estas representações despertam algo no espírito dos membros das classes baixas, já que,

“(...) as representações da doença que o curandeiro tem são efetivamente próximas das representações latentes dos membros das classes populares” (Boltanski, 1989, 61).

▪ **Alternativa Profissional:**

De acordo com Kleiman (1984), esta alternativa compreende as profissões sindicalizadas e sancionadas legalmente, como, por exemplo, a medicina ocidental ou alopática. Incluem tanto os profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros, nutricionistas, odontólogos, entre outros) quanto os de nível médio (agentes de saúde, auxiliares de enfermagem, auxiliares de odontologia, etc).

A distribuição destes profissionais não é uniforme, ocorrendo uma maior concentração nas grandes cidades, deixando desatendidas as populações das zonas rurais (Helman,1994).

A escolha pelas alternativas populares ou informais pode se dar, em alguns lugares, pela escassez de atendimento médico ou pode se originar de uma auto-avaliação do paciente acerca do modelo de atendimento biomédico, já que, mesmo tendo acesso aos serviços de saúde, algumas pessoas continuam recorrendo aos serviços populares de tratamento e cura (Loyola, 1984; Boltanski, 1989; Rabelo, 1993; Helman, 1994).

Como expõe Boltanski:

“Mas a crença na eficácia das técnicas de tratamento utilizadas pelo curandeiro não tem como consequência uma rejeição da medicina oficial, e a busca do curandeiro não exclui o recurso ao médico” (...) (Boltanski, 1989, 64).

Madel Luz (1997) levanta algumas hipóteses interpretativas sobre o crescimento da procura, pela população, das práticas medicinais alternativas, considerando, nesta análise, como responsáveis por este aumento tanto a crise da saúde quanto a crise da medicina.

A crise da medicina decorre da relativa incapacidade de lidar com problemas de saúde, tais como doenças crônicas e degenerativas, os altos custos e a insatisfação dos usuários.

“Grande parte das doenças ocidentais causadas pela pobreza, desemprego, crise econômica, poluição ou perseguição, freqüentemente é ignorada pelo sistema médico, pois seu foco principal é, cada vez mais, o paciente individual, e os ‘fatores de risco’ presentes em seu estilo de vida” (Helman, 1994, 81).

A insatisfação dos usuários é uma implicação do paradigma da medicina que se afasta do sujeito humano enquanto uma totalidade viva e inserida em um contexto histórico, econômico e sociocultural, como analisa Madel Luz:

“(...) o próprio paradigma que rege a medicina contemporânea afastou-se do sujeito humano sofredor como uma totalidade viva, tanto em suas investigações diagnósticas, como em sua prática de intervenção. (...) este sujeito humano sofredor deixou de ser o centro de seu objeto (como investigação) e de seu objetivo (como prática terapêutica)” (Madel Luz 1997, 21).

Devido à ênfase dada aos diagnósticos, considerados eficazes e eficientes, em detrimento da historicidade e do viver de cada um, essa situação acarreta a *"crise da cura"* na *"era dos diagnósticos"*.

1.3.4 Ciclo gravídico-puerperal

O ciclo gravídico-puerperal abrange (**gestação, parto e puerpério**), faz parte do período reprodutivo, compreendendo todas mulheres na faixa etária de 10 a 45 anos, sendo iniciado com a menarca e terminando com a menopausa.

Gestação, gravidez/ prenhez, estar de barriga

Evento fisiológico natural que normalmente dura 37 a 40 semanas. Intrinsecamente não apresenta nenhum aspecto que o caracterize como um processo patológico. Porém, devido à exposição a fatores de risco ou certas morbidades, as gestantes podem desenvolver complicações de ordem clínica e/ou obstétrica, que podem comprometer sua saúde e ou a saúde fetal (Correia e McAuliffe, 1999).

A gestação pode ser classificada em baixo, médio e alto risco, dependendo da severidade e da quantidade de fatores de riscos epidemiológicos e patológicos. Algumas complicações ou intercorrências podem ocorrer durante a gestação, ou se manifestar no momento do parto e no pós-parto. Essas complicações podem ser agravadas ou induzidas pelos fatores de risco. Também poderão aparecer independentemente destes fatores (Correia e McAuliffe, 1999).

Parto, parturição, parir/ parição, descansar, dar à luz

Evento natural que indica o término do período gestacional, o parto normalmente ocorre entre 37 a 41 semanas; se ocorrer entre 20 a 36 semanas é considerado prematuro e quando ocorre depois de 41 semanas considera-se tardio.

Quanto ao tipo o parto pode ser vaginal, cesáreo, fórceps ou induzido com ou sem anestesia (Buchabqui, 1995).

Puerpério, pós-parto/ sobreparto ou resguardo

O período puerperal inicia-se logo após o parto, com a dequitação (delivramento) da placenta e tem duração variada, dependendo do enfoque considerado. Segundo Zimmermann et al (1995), este enfoque pode ser legal, orgânico, social ou psicológico.

Período especial, marcado por uma acentuada labilidade emocional da mulher, sendo comuns nesta fase problemas psicológicos.

“A partir do parto, a criança adquire vida própria, sendo expulsa do organismo materno e assumindo suas funções fisiológicas vitais. Por sua vez, a mãe começa a passar por um processo de readaptação ao estado de não gravidez. Essas modificações bruscas podem ser complicadas, difíceis e dolorosas, o que torna o puerpério um momento delicado e importante” (Zimmermann et al, 1995 p 59).

1.3.5 A assistência no ciclo gravídico-pueperal

Em 1983, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PAISM, no qual estabeleceu em suas linhas de ação e estratégia um modelo que tem como pressupostos a integralidade e equidade. O PAISM representa, dentro do contexto do SUS, uma política de assistência às mulheres nas suas necessidades epidemiológicas detectáveis, incluindo as demandas específicas do processo reprodutivo.

As ações regulamentadas e normatizadas pelo PAISM relativas a assistência obstétrica são:

- Pré-natal
- Parto e puerpério
- Aleitamento
- Intercorrências obstétricas
- Vigilância epidemiológica da morte materna

Considerando o objetivo deste trabalho, vamos nos deter apenas nas ações relacionadas ao pré-natal, parto e puerpério.

a) A Assistência Pré-natal

Independente do grau de risco da gestação, a gestante deve procurar fazer um monitoramento através da **assistência pré-natal**. Segundo o Ministério da Saúde, esta assistência é definida como o “conjunto de cuidados médicos e gerais, oferecidos pela equipe de saúde à gestante, objetivando à proteção da mãe e do feto durante a gravidez e parto, com a finalidade de diminuir a morbidade e a mortalidade materna e perinatal” (Ministério da Saúde, 2000).

Quanto mais cedo a gestante iniciar o acompanhamento pré-natal, maior será a eficácia deste controle. Todas as gestantes deveriam iniciar as consultas de pré-natal antes do terceiro mês. O número de consultas necessárias irá depender da classificação

da gravidez. A média de consultas recomendada é de cinco por gestante, sendo que três delas deverão ser realizadas no último trimestre da gestação (Nogueira, 1994).

De acordo com o Manual Técnico da Assistência Pré-natal do Ministério da Saúde (2000), o principal objetivo desta assistência é o acolhimento da mulher desde o início da sua gravidez, considerando que neste período ocorrem mudanças físicas e emocionais que cada mulher vivencia de uma maneira singular.

De acordo com o referido manual, a adesão das mulheres ao pré natal está relacionada com a qualidade da assistência prestada pelos profissionais de saúde e pelo serviço. E na construção desta qualidade considera-se a valorização tanto dos aspectos físicos quanto dos emocionais, *“traduzida em ações concretas que permitam sua integração no conjunto de ações oferecidas”* (Ministério da Saúde, 2000).

Ainda segundo o Ministério da Saúde:

“...a assistência pré-natal deve ser organizada para atender às reais necessidades da população de gestantes, através da utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes e dos meios e recursos disponíveis mais adequados para cada caso” (Ministério da Saúde, 2000).

b) A assistência ao parto e puerpério

De acordo com o Ministério da Saúde, a assistência ao parto e puerpério imediato compreende um conjunto de ações integradas que visam proporcionar assistência ao trabalho de parto, puerpério imediato e assistência neonatal.

Segundo Leal e Viacava (2002) *“no Brasil, o atendimento ao parto é predominantemente hospitalar”*. Considerando os dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos, verificou-se que somente 3,2% dos partos foram realizados fora do ambiente hospitalar. Entretanto, os referidos autores alertam para o fato de que se devem considerar as grandes diferenças regionais e estaduais no que se refere a oferta e qualidade dos serviços de atenção ao parto.

De acordo com Gualda (2002), os dados sobre o parto hospitalar podem levar a uma falsa impressão de suficiência de leitos hospitalares para a assistência materna. As

gestantes das classes desfavorecidas conseguem uma vaga hospitalar depois de muito esforço e muita peregrinação.

Existe uma estimativa de que em torno de 20% dos partos possam apresentar algum tipo de complicação. Estas complicações podem estar relacionadas diretamente ao parto ou podem originar-se de alguns problemas na gestação que não foram prevenidos ou controlados (Correia e McAuliffe, 1999).

Segundo a Comissão Parlamentar de Inquérito sobre Mortalidade Materna, na assistência puerperal “(...) *são indispensáveis a atenção, a evolução e o acompanhamento de possíveis infecções ou outros agravos menos frequentes, mas igualmente graves*” (Ministério da Justiça, 2001).

O risco de infecção neste período é grande, por causa da exposição do canal de parto ao meio externo sendo importante a observação sobre a ocorrência de sangramentos e intervir precocemente caso eles ocorram. A chamada infecção puerperal, quando não tratada, pode levar ao óbito, refletindo assim a extrema gravidade desta infecção (Correia e McAuliffe, 1999).

Apesar de ser um período crítico na vida do binômio mãe-filho, o acompanhamento pós-parto ainda não é efetivamente promovido pelos serviços de saúde.

c) Vigilância epidemiológica: morbi-mortalidade no ciclo gravídico-puerperal

No que diz respeito à morbimortalidade feminina, o perfil de saúde da mulher ainda é muito insatisfatório. Alguns fatores são considerados importantes nesta análise, como, por exemplo, a insuficiência e a má distribuição dos serviços de saúde dirigidos à população feminina, aliado ao pouco acesso das mulheres às informações essenciais sobre questões relacionadas à sua saúde (Correia e McAuliffe, 1999).

“Para a mulher no ciclo gravídico puerperal, as assistências no pré-natal, no parto e puerpério estão intimamente interligadas e a impossibilidade de acesso às informações, de forma contínua e integral, em qualquer desses períodos, fragiliza a assistência, expondo a mulher a risco de vida” (Tanaka 1995 apud Gualda et al, 2002, 191).

Para Gualda et al (2002), a falta de integração citada por Tanaka (1995) é um fator responsável pela descontinuidade de atenção, resultando num elevado coeficiente de mortalidade materna por causas evitáveis.

As complicações do ciclo gravídico puerperal são consideradas como os principais problemas de saúde no período reprodutivo.

Um indicador síntese das condições de vida das mulheres é o da mortalidade materna. São ½ milhão de mortes maternas por ano por causas evitáveis, que ocorrem em sua maioria nos países em desenvolvimento. As vítimas geralmente são mulheres de baixa renda e pouca escolaridade, refletindo assim uma má qualidade de vida .

De acordo com o relatório da Comissão Parlamentar de Inquérito sobre Mortalidade Materna realizado em 2001, existem muitas dificuldades em se obter dados precisos sobre esse tipo de mortalidade. Fatores como o sub-registro de óbitos, a subnotificação da morte materna e a subnotificação de nascimento contribuem para a dificuldade de se traçar um verdadeiro perfil de mortalidade materna no país. *“Valores muito altos podem apontar um sistema de saúde mais atuante e um sistema de saúde melhor estruturado, enquanto os baixos índices podem estar mascarando a ausência ou ineficiência desse sistema”* (Ministério da Justiça, 2001).

A Organização Mundial de Saúde define morte materna como:

“Óbito de uma mulher enquanto grávida ou dentro de 42 dias após o final da gravidez, de qualquer causa relacionada ou agravada pela gestação, ou a seu manejo, mas não devido a causas acidentais” (WHO, apud Costa, 2000).

Os óbitos maternos são classificados em diretos e indiretos. Os diretos são aqueles ocasionados por complicações obstétricas na gestação, no parto ou no puerpério e podem ser decorrentes de intervenções, omissões, tratamentos incorretos, ou de uma cadeia de eventos relacionados a qualquer uma das intercorrências citadas acima. Já os indiretos são aqueles que resultam de patologias que prevaleceram durante a gestação, agravadas pelos seus efeitos fisiológicos (WHO, apud Costa, 2000).

As causas mais frequentes de óbitos maternos diretos são as hemorragias no primeiro e terceiro trimestres e no pós-parto, os processos infecciosos, os distúrbios

hipertensivos da gravidez (eclâmpsia e pré-eclâmpsia), partos obstruídos e complicações de abortamentos provocados. Nos óbitos maternos indiretos são registradas como causas as cardiopatias, nefropatias, diabetes, tuberculose, anemias e hepatites, sendo todas agravadas no curso da gestação e parto (Correia e McAuliffe, 1999).

De acordo com o Comitê Estadual de Redução da Mortalidade Infantil em Alagoas, O Estado apresenta uma prevalência de 32,8% das gestantes sem acesso ao pré-natal, mesmo com a atuação do Programa Saúde da Família (considerando os dados do SIAB). Ainda é insuficiente a oferta de leitos obstétricos para as grávidas de risco como ainda é insuficiente no Estado a cobertura vacinal para crianças e mulheres em idade fértil (12 a 49 anos), inadequada em 75% dos municípios.

Gualda et al (2002) afirmam que na assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal deve haver uma valorização da experiência pessoal e coletiva e uma promoção do crescimento humano, englobando toda família.

“(...)a família deve ser incluída na assistência à mulher para que possa servir como suporte às condutas indicadas pelos profissionais da área de saúde desde o início da gestação, durante todo o desenvolvimento dela e até a finalização deste processo, visando a manutenção e melhoria das condições de saúde da mulher” (Gualda, 2002, 194).

1.4. Aspectos metodológicos

1.4.1 Reconhecimento e caracterização da área

O município de Maragogi, localizado na microrregião do Litoral Norte alagoano, no Nordeste do Brasil, distando a 108 km de Maceió, capital alagoana, na divisa entre Alagoas e Pernambuco. Possui um ecossistema de manguezais, dunas e coqueirais que, aliado às praias, propicia o turismo da região. Como na maior parte do Estado de Alagoas, nesta região predomina a monocultura canavieira. Seu comércio está interligado a Recife (PE), Barreiros (PE), Caruaru (PE), Porto Calvo (AL) e Maceió (AL) (Enciclopédia dos Municípios Alagoanos, 1978).

Com a crise no setor sucroalcooleiro, houve um avanço nas ocupações de terras no estado, organizadas pelo MST. Em Maragogi, o número de pessoas provenientes destas ocupações foi grande e o município não estava preparado para receber tantas famílias. Neste município estão localizados nove assentamentos (Quadro 1).

Quadro 1 - Assentamentos rurais organizados pelo MST no município de Maragogi – Alagoas.

Assentamentos	Tamanho em hectare (ha)	Número de Famílias
Massangana	1.088	154
Água Fria	481	70
Espírito Santo	475	45
Itabaiana	685	76
Junco	445	53
Samba	993	144
São Pedro	363	69
Lemos	500	45
Javali	552	55
Total	4.803	711

Fonte: MST/Al, 1999

Tais assentamentos, segundo o Movimento, possuem características ambientais, culturais, econômicas e sociais homogêneas. Em sua maioria, as terras foram ocupadas durante o ano de 1997, sob clima tenso e conflituoso. Em 1998, estas terras foram formalizadas pelo INCRA, enquanto área de Reforma Agrária (MST-AL, 1999).

Parte das famílias assentadas em Maragogi – vindas de diversos municípios de Alagoas, Pernambuco e Sergipe – era de ocupantes, mas outra parte era composta de antigos moradores das terras que foram desapropriadas.

1.4.2 - Universo de estudo

Focalizamos nosso estudo em um único assentamento, Massangana (Anexo 3), optando por estudar, em seu meio, as representações sociais dos agentes de saúde (informais, populares e profissionais) sobre os cuidados necessários no ciclo gravídico-puerperal.

Na escolha dos entrevistados consideramos o conceito utilizado por Klein (1996) quando este considera práticas de saúde, como:

“(...) as ações terapêuticas dos agentes comunitários de saúde, suas atuações de orientação à saúde das comunidades; para definir o trabalho das parteiras; para as atividades consideradas pelas comunidades como prevenção de doenças (como, por exemplo, o uso da água nos domicílios, cuidados com a habitação, com os alimentos); os rituais de reza com finalidade de curar pessoas doentes; trabalhos de limpeza e conservação das moradias” (Klein, 1997).

1.4.3 Procedimentos metodológicos

Optamos por fazer um estudo de caso, de caráter qualitativo, considerando que a tarefa da abordagem qualitativa consiste na

“(...) tomada de consciência da importância de compreender a complexidade das relações sociais que criam, alimentam, reproduzem e transformam as estruturas, a partir do ponto de vista dos atores sociais envolvidos” (Minayo, 1998, 254).

Neste estudo, pretendemos englobar as duas tarefas citadas por Bohannan (1990), que são realizar a pesquisa de campo e

“(...) comunicar os resultados aos colegas dentro de um arcabouço conceitual que os faça entender os fatos do ponto de vista das pessoas estudadas e, ao mesmo tempo, estar aptos a forjar melhor compreensão teórica de sociedade e cultura” (Bohannan, 1990, 249).

1.4.3.1 Coleta dos dados

As informações relativas às representações sociais dos agentes sobre as práticas de saúde foram coletadas a partir de entrevistas e da observação participante, durante o período de 17 de janeiro a 16 de fevereiro de 2000.

As entrevistas

Consideramos, de acordo com Minayo (1998), a entrevista como um espaço privilegiado de coleta de informações. Ainda segundo a mesma autora, a fala tanto pode revelar condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos quanto transmitir *“as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas”* (1998, 109-110).

Através de entrevistas semi-estruturadas foram identificadas as concepções dos agentes sobre os principais cuidados e os problemas de saúde, com seus respectivos tratamentos no ciclo gravídico-puerperal (Anexo 4).

Para a identificação dos principais atores sociais que foram entrevistados, utilizamos, como ponto de partida, a pergunta elaborada por Deslandes (1994): “*quais os indivíduos sociais que têm uma vinculação mais significativa com o problema a ser investigado?*”

A partir do encontro com alguns informantes-chave foram escolhidos os agentes entrevistados. Foi utilizada a técnica da **bola de neve** (Taylor & Bogdan, 1992, 109), que consiste em conhecer alguns informantes e pedir que eles nos apresentem aqueles que façam parte dos grupos citados, no caso específico de:

- Agentes de saúde profissionais que atuam no assentamento;
- Pessoas, indicadas pela comunidade, que realizam práticas de saúde;
- Pessoas que participam das discussões sobre o Setorial de Saúde promovidas pelo MST;

Quanto ao tamanho da amostra, consideramos que a pesquisa qualitativa não está baseada no critério numérico para garantir sua representatividade, já que uma “amostragem” considerada adequada é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema a ser investigado em suas múltiplas dimensões (Deslandes, 1994,43).

Na escolha dos entrevistados também foi considerado o que diz Taylor & Bogdan (1992):

“(...) es esencial que la persona de que se trata tenga tiempo para dedicar a las entrevistas (...) buena voluntad y capacidad del individuo para hablar sobre sus experiencias y expresar sus sentimientos” (Taylor & Bogdan, 1992, 109).

Foram consideradas neste estudo seis entrevistas dos agentes de saúde. Em sua grande maioria, aqueles que eram procurados para realizar práticas de saúde faziam

parte do grupo das pessoas envolvidas na discussão do setorial de saúde e também eram referenciadas como lideranças.

As entrevistas semi-estruturadas com os agentes de saúde foram gravadas com fitas magnéticas e tiveram uma duração média de uma hora. Foram realizadas tanto no próprio domicílio do entrevistado quanto na casa onde estávamos hospedada.

A observação participante

Quanto à técnica de observação participante, citamos Taylor & Bogdan (1992) quando estes autores designam como:

“(...) la investigación que involucra la interacción social entre el investigador y los informantes en el milieu de los últimos, y durante la cual se recogen datos de modo sistemático y no intrusivo” (Taylor & Bogdan, 1992, 31).

Utilizamos o diário de pesquisa que, segundo Pádua (1991), consiste no

“registro cotidiano dos acontecimentos observados (...) Além de fazer parte do conjunto de dados a serem utilizados para a análise final, o diário de pesquisa é um importante elemento de orientação do trabalho científico, permitindo uma retrospectiva do trabalho já realizado” (Pádua, 1991).

E, como escreve Cruz Neto (1994): *(...) Ele, na verdade, é um amigo silencioso que não pode ser subestimado quanto à sua importância.*

Para a *observação participante*, elaboramos um roteiro contemplando os seguintes aspectos:

- As práticas de saúde realizadas pelos agentes de saúde da associação do assentamento e da Secretaria Municipal de Saúde; suas relações, tanto com os setores técnicos (Secretaria Municipal de Saúde e assistente social do INCRA), quanto com os setores populares e informais;

- As práticas dos agentes informais já que também pretendíamos verificar suas relações com os outros setores (técnico e popular);
- As atividades domésticas e agrícolas realizadas pelas mulheres, as atividades religiosas, as atividades de lazer, as relações comerciais, as atividades políticas (como as assembléias e reuniões dos assentados, as reuniões com a coordenação do MST).

1.4.3.2 O Discurso do Sujeito Coletivo – DSC e a análise dos dados

O DSC

Para o estabelecimento das Representações Sociais, utilizamos o método do Discurso do Sujeito Coletivo - DSC. De acordo com Lefèvre et al (2000), o DSC é uma forma ou “*um modo de expressar e descrever o pensamento de uma coletividade sobre um determinado tema*” que seria “*viabilizar o discurso da realidade*”

Lefèvre et al. (2000) expõem que um dos modos legítimos de conceber as Representações Sociais é entendê-las como a expressão do que pode pensar ou achar uma determinada população sobre um determinado tema. “*Este pensar, por sua vez, pode se manifestar, dentre outros modos, através do conjunto de discursos verbais emitidos por pessoas dessa população*” (Lefèvre et al 2000, 13).

Ainda segundo os referidos autores, o DSC consiste numa estratégia metodológica utilizada para tornar mais visível uma dada representação social e o conjunto de representações que forma um dado imaginário coletivo. Trata-se de um “*discurso abstrato, feito de discursos particulares concretos desparticularizados*” (Lefèvre, 2000b), que vão originar um ou vários discursos comuns.

Quando fala em desparticularização do discurso, o autor se refere ao processo de retirada das marcas dos discursos individuais, ou sejam nomes, datas, histórias individuais, etc, que poderiam identificar situações particulares e dificultar a construção do discurso coletivo. Lefèvre (2000b) conceitua o *discurso desparticularizado* como:

“*(...) um discurso emitido por um sujeito social, reconstruído a partir das falas de sujeitos individuais das quais foram retirados conteúdos específicos, que dizem respeito apenas à história de um indivíduo*”(Lefèvre, 2000b).

O pressuposto sociológico de base é que o DSC é a expressão simbólica do campo que os indivíduos de uma coletividade pertencem e da posição que ocupam dentro deste campo, ou de uma cultura organizacional.

“...os indivíduos pertencentes à coletividade geradora da Representação Social deixam de ser indivíduos para se transmutarem, se dissolverem e se incorporarem num ou em vários discursos coletivos que os expressam...”
(Lefèvre et al 2000).

As figuras metodológicas necessárias para a construção do DSC são as seguintes:

Idéia Central - IC, Ancoragem, Expressões Chaves - ECH e o próprio DSC.

Entende-se por idéia central *“a síntese do conteúdo discursivo explicitado pelos sujeitos”*. Em um outro trabalho, Lefèvre & Lefèvre (2000) conceituam a idéia central como:

“Um nome ou expressão lingüística que revela e descreve da maneira mais sintética e precisa possível o sentido ou os sentidos e o tema das ECH de cada um dos discursos analisados (...) e de cada conjunto homogêneo de ECHs (que vai dar nascimento, posteriormente, ao DSC)”
(Lefèvre & Lefèvre, 2000a).

Vale ressaltar que a idéia central não é uma interpretação e sim uma descrição sucinta e objetiva do discurso. Cada conjunto de discursos pode conter idéias centrais semelhantes ou diferentes que se complementam.

A função da idéia central é individualizar o(s) discurso(s) descrevendo suas especificidades semânticas e diferenciando-os de outros discursos (portadores de outras especificidades semânticas). Seria como o “nome” ou a “marca” do sentido dos discursos (Lefèvre e Lefèvre 2002).

O conceito de ancoragem é explicado por Simionni et al, a partir da *teoria das representações sociais*, onde as ancoragens de um discurso são as

teorias, hipóteses, conceitos e ideologias internalizadas no inconsciente do indivíduo que alicerçam o dito discurso (Simionni *et al*, 1996).

As expressões-chave (ECH) são as partes destacadas do texto (discurso) que enfatizam as idéias centrais e ancoragens encontradas. É o “*resgate da literalidade do depoimento*” permitindo, assim, ao leitor, comparar a expressão-chave do depoimento com as afirmativas reconstruídas, como também julgar a forma de traduzir discursivamente a ancoragem ou idéia central da questão (Simionni *et al*, 1996).

As expressões-chave têm como função corporificar, substantivar o sentido do discurso nomeado ou identificado pela idéia central (Lefèvre, 2002).

De acordo com Lefèvre et al (2000) alguns princípios fazem-se necessários para a construção do DSC. Estes são:

- Coerência:

As partes dos depoimentos são agregadas, reunidas ou somadas (não matematicamente), a fim de formar um discurso-síntese coerente, “*em que cada uma das partes se reconheça enquanto constituinte deste todo e este todo como constituído por estas partes*” (Lefèvre et al. 2000, 28).

- Posicionamento próprio:

O discurso deve sempre expressar um posicionamento próprio, distinto, original e específico frente ao tema que está sendo estudado.

- Tipos de distinção entre os DSCs:

Existem dois critérios de distinção, quando uma pesquisa apresenta vários DSCs. São os critérios da diferença e o da complementaridade.

A apresentação em separado dos discursos diferentes é obrigatória; no caso dos discursos complementares isso depende da escolha do pesquisador em expor os resultados mais detalhadamente ou genericamente.

- Produzindo uma “artificialidade natural”:

O DSC é sempre escrito na primeira pessoa do singular, como se uma pessoa falasse por um conjunto de pessoas. É uma construção artificial.

A citação seguinte de Léfèvre & Lefèvre (2000) nos remete a isso:

“O Discurso do Sujeito Coletivo é, certamente, um produto artificial na medida em que um ente coletivo do tipo conjunto de sujeitos que compõe uma determinada amostra de população, entrevistados individualmente, não pode ser visto como autor de uma fala, pelo menos não da mesma forma que um sujeito individual é autor de uma fala.”

“Mas não há outro modo mais "natural" de descrever um pensamento coletivo do que "coletivizar" um discurso; e, no fundo é isso que toda pesquisa qualitativa faz” (Lefèvre & Lefèvre, 2000c).

Para que esta construção ocorra, faz-se necessário realizar um processo de desparticularização. Deve-se organizar os discursos de uma maneira seqüencial clara e coerente.

A análise dos dados

As etapas do trabalho de análise dos dados consistiram em:

Mapeamento dos dados obtidos no trabalho de campo, ou seja, transcrição literal das gravações; leitura e releitura do material coletado; organização das entrevistas e dos dados da observação participante.

Cada questão foi analisada isoladamente, copiando integralmente o conteúdo de todas as respostas relativas a uma determinada questão (por exemplo, questão 1) na coluna das expressões-chave do Instrumento de Análise de Discurso 1 - IAD1 (Anexo 5).

Em seguida, foram identificados nas respostas individuais as Expressões-chave das Idéias Centrais e, quando houve, das Ancoragens. As Expressões-chave de ambas as figuras metodológicas foram representadas em itálicos.

Posteriormente foram identificadas as Idéias Centrais e as Ancoragens, colocando-as nas respectivas colunas do IAD1.

Foram identificadas e agrupadas as Idéias Centrais e as Ancoragens do mesmo sentido ou sentido equivalente, e as de sentido complementar. Cada conjunto foi nomeado com letras A, B, C, etc.

Cada um dos grupamentos A, B, C, etc. foi denominado. Criou-se uma Idéia Central ou Ancoragem síntese, a fim de expressar de uma melhor maneira todas as Idéias Centrais e Ancoragens do mesmo sentido.

Para cada conjunto de Expressões-chave das Idéias Centrais e/ou Ancoragens originou-se um DSC. Nesta fase foi utilizado o segundo Instrumento de Análise de Discurso - IAD2 (Anexo 5). O número de IAD2 utilizados foi de acordo com o número de grupamentos.

Foram copiadas do IAD1 todas as Expressões-chave do mesmo grupamento e inseridas na coluna do IAD2 equivalente. A seguir, na coluna do DSC do IAD2 foi construído o DSC de cada grupamento.

Na construção do DSC, as Expressões-chave foram seqüenciadas obedecendo à esquematização sugerida por Lefèvre, 2002: “*começo-meio-fim ou do mais geral para o menos geral e mais particular*”. Nas ligações entre as partes do discurso foram usados alguns conectivos (assim, logo, enfim), a fim de proporcionar uma coesão deste discurso.

Também foi realizado o processo de desparticularização, sendo eliminadas as particularidades de cada discurso.

Os DSCs estão escritos na primeira pessoa do singular para sugerir uma pessoa coletiva falando, como também estão redigidos em itálico (indicando que é uma fala ou um depoimento coletivo), porém sem aspas porque não se trata de citação.

No que diz respeito à apresentação dos DSCs, seguimos a sugestão de Lefèvre e Lefèvre (2002) de apresentarmos quadros contendo as idéias centrais sínteses e seus respectivos DSCs, seguidos por um breve comentário descritivo.

1.5 Considerações éticas

O presente trabalho foi encaminhado ao Comitê de Bioética da Escola Nacional de Saúde Pública -ENSP/Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz.

De acordo com exigências éticas e científicas fundamentais, o estudo foi realizado tendo como base as “*diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*”, da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Assumimos o compromisso de obedecer às exigências éticas propostas pelo Ministério da Saúde (Ministério da Saúde,1998).

Todas as entrevistas foram realizadas mediante “*consentimento livre e esclarecido*”, devidamente documentado (Anexo 6), por parte dos informantes chaves da pesquisa. Ocultamos os nomes das pessoas entrevistadas para garantir a confidencialidade e a privacidade, a proteção à imagem e a não-estigmatização.

Em virtude da ocorrência de problemas de saúde que nos afetaram, e por questões de cumprimento dos prazos para a defesa da dissertação, não foi possível garantir antes da defesa, a comunicação dos resultados da pesquisa para a comunidade onde ela foi realizada. No entanto, após a defesa, o trabalho terá continuidade e será realizada a comunicação dos resultados tanto para a comunidade quanto para as instituições sanitárias.

CAPÍTULO II

A Questão Agrária, o MST e o Assentamento Massangana

No Estado de Alagoas, a cultura da cana-de-açúcar representa 58% de toda a área colhida, assumindo aspectos de monocultura, já que esta, por suas características agrárias, exige terras férteis e de grandes extensões, contribuindo para a consolidação do elevado padrão de concentração da posse da terra e para a desigualdade produtiva e distributiva na sociedade alagoana (Lira, 1997).

De acordo com o relatório da Organização das Nações Unidas (ONU), Alagoas é o segundo estado mais pobre do Brasil. Dentre os dez municípios detentores dos piores índices de pobreza, sete são municípios alagoanos. O Estado detém os piores indicadores na área social, apresentando um quadro de exclusão social dos mais graves. Tem grande proporção de miseráveis e propriedade agrária altamente concentrada, demonstrados pelo *Índice de Gini*, que permite mensurar a concentração de renda ou de terra. Segundo este índice, Alagoas apresentou, em 1995, o indicador de 0,631 para renda, e 0,830 para terra (Lira, 1997). Na listagem dos indicadores sociais do Brasil, classificados por estado, 54% da renda de Alagoas são apropriadas por 10% da população mais rica, enquanto que 40% se apropriam apenas de 6,88% dessa renda (Folha de São Paulo, 1998).

Este processo de exclusão social é grande não somente nas populações urbanas como também nas populações rurais. De acordo com os dados do IPEA, citados por Lira (1997), 50,1% das crianças do meio rural alagoano de 0 a 6 anos e 34,4% de 0 a 17 anos vivem na mais absoluta pobreza. Residem em casas sem banheiros, não têm acesso a educação e a cuidados de saúde, e sua renda familiar mal basta para a alimentação.

O cultivo da cana-de-açúcar, que tem características de monocultura numa estrutura latifundiária, aliado à política ultraliberal, dita neoliberal, hegemônica no Brasil, vem sendo responsável pela ampliação do contingente de

famintos e de trabalhadores sem-terra; pela intensificação do êxodo rural; e pelo aumento do desemprego na atividade agrícola. Lima Sobrinho (1981) afirma que a alta concentração de terra e renda em mãos de poucas pessoas está diretamente relacionada com a fome, desnutrição, doenças e alta mortalidade.

A posse e o uso da terra determinam a estrutura fundiária e, conseqüentemente, a forma como os estabelecimentos rurais estão organizados, ou seja, seu número, tamanho, distribuição social, etc. No Brasil, desde a chegada dos portugueses, esta estrutura muito pouco foi alterada ao longo dos seus 500 anos de história. “*Muita terra em poucas mãos*” é o que traduz a situação fundiária brasileira que, de acordo com o censo agropecuário de 1995-96, apresenta estabelecimentos rurais com pelo menos 1.000 ha representando 1% do total, e ocupando cerca de 45% de toda área agrícola; enquanto que os estabelecimentos rurais com menos de 10 ha significam cerca de 50% de sua totalidade e ocupam somente 2,3% da área total (Instituto Brasileiro Geografia e Estatística (IBGE) - Censo Agropecuário 1995-1996).

A aplicação massiva de tecnologia na lavoura diminuiu o número de empregos no campo, tornando-os escassos ou concentrando-os na forma de trabalho temporário na época de plantio ou colheita de certos gêneros. Assim, inflou a oferta de trabalho nas cidades e permitiu o domínio pelos patrões, a reprodução de relações trabalhistas antidemocráticas, péssimas condições sociais, baixos salários, etc. Diante disto, não restam dúvidas de que as conseqüências de todo este processo não se limitam apenas ao campo mas alcançam também os trabalhadores urbanos, agravando ainda mais as condições de vida dos trabalhadores do campo e da cidade, e deixando mais nítida a desigualdade acirrada pelo poder das oligarquias tradicionais.

Em toda evolução histórica da economia, marcada por fases de prosperidade e outras de crise, com predomínio de um ou de outro produto, ora se destacando uma região, ora outra, um fator permaneceu constante: a massa trabalhadora, força motriz da produção, que nunca teve acesso aos benefícios mais elementares do progresso (Martinez, 1987).

Na maior parte onde predominam os latifúndios, observa-se crescente deterioração das condições de trabalho, subaproveitamento do espaço agrícola disponível e um grande foco de doenças endêmicas. Os assalariados

permanentes são cada vez mais raros; nas grandes fazendas, sobrevive nesta condição somente a mão-de-obra especializada, enquanto a grande maioria é temporária, os chamados trabalhadores volantes ou bóias-frias. As condições de vida desses trabalhadores são subhumanas. Trabalham na lavoura de sol a sol, chegam em casa tarde da noite e muitas vezes sem a garantia de serviço para o dia seguinte. A legislação trabalhista não oferece a devida atenção a esta atividade que envolve até crianças e idosos. Mais lamentável ainda é que há uma tendência para o agravamento da situação.

Existem, ainda, outras relações de trabalho presentes no campo brasileiro, tais como o *arrendamento* e a *parceria*. Os arrendatários pagam uma renda fixa pela utilização da terra, enquanto que os parceiros pagam o seu uso com uma parte do lucro ou da produção. A renda obtida nunca é compatível com o custo do que foi produzido, em vista dos elevados custos do crédito e dos insumos agrícolas e das dificuldades de escoamento e comercialização das produções.

A compreensão das relações de trabalho no campo é essencial para aqueles que desejam se aprofundar nas questões que envolvem as relações entre o processo de expansão desigual do trabalho assalariado no campo, a expansão do processo de expropriação, o dominante processo histórico da concentração fundiária e a origem dos conflitos e da luta pela terra no Brasil.

2.1 A Questão Agrária e o Movimento dos Trabalhadores Rurais

A reforma agrária brasileira, que anda em “(...) *laboriosa e acidentada* *gestação, alternando as esperanças e os desânimos*” (Saramago, 1997: 13), é todo um processo que se vem desenvolvendo ao longo da história agrária do país. A reforma agrária é fundamentalmente uma questão de gente, e não somente uma questão de terras (Martinez, 1987). São milhões de famílias de trabalhadores rurais no Brasil que precisam da terra e não a têm, são pessoas à margem dos benefícios da modernidade e civilização, afastadas de um pedaço de terra onde possam trabalhar, produzir, morar e viver dignamente, como referiu Florestan Fernandes em sua última entrevista:

“O sistema global criou também uma subclasse, os desclassificados, um fator assustador para esse próprio sistema. Esses que não foram incorporados são indícios de que essa sociedade de classes está sujeita a perversões e a desequilíbrios fatais. Entre eles, estão os deserdados da terra, que levantam a bandeira da reforma agrária e fazem um movimento denso e significativo. A sociedade brasileira tem sido um inferno para esses setores que vivem na miséria e, por menos que reivindicuem, reivindicam a condição humana” (Florestan Fernandes, 1995, 2).

A luta pela terra não é recente. O movimento camponês teve seu marco durante as décadas de 50 e 60, surgindo vários movimentos camponeses ao longo do país. Para Martins (1981: 26), “(...) as diferentes formas de luta e os diferentes movimentos expressavam a luta dos camponeses contra a renda da terra”.

Em 1954, surge a ULTAB - União dos Lavradores e Trabalhadores Agrícolas do Brasil, apoiada pelo Partido Comunista. A ULTAB entendia a reforma agrária como a distribuição da terra dos latifundiários aos trabalhadores agrícolas e aos lavradores sem terra ou possuidores de terra insuficiente; entrega de títulos de propriedades a posseiros, ocupantes, colonos e lavradores que fossem beneficiados; e a ajuda do Estado através de medidas de estímulo à produção, entre outras (Medeiros, 1981).

Um outro movimento que surgiu nessa época e se contrapunha à ULTAB foi o Movimento das Ligas Camponesas que, inicialmente, era orientado por uma ação legalista, porém, quando seus membros se defrontaram com os obstáculos legais, passaram a defender uma reforma agrária que seria...

“(...) a coluna mestra de uma luta que o povo brasileiro leva para liquidar as instituições capitalistas e instaurar um regime socialista que acabe com a exploração do homem pelo homem” (Julião apud Medeiros, 1981, 34-35).

José de Souza Martins fala sobre as divergências entre as Ligas e o Partido Comunista:

“A disputa envolvia, na verdade, a diferença de propostas políticas. As Ligas dirigiam-se para uma proposta de revolução camponesa, enquanto que a estratégia do Partido Comunista caminhava na direção de uma coexistência pacífica com a

burguesia, que deveria resultar numa revolução democrático-burguesa” (Martins, 1981, 25).

Medeiros (1981) cita ainda a formação, em 1960, de um movimento do Serviço de Assistência Rural do Rio Grande do Norte, cuja base eram os princípios cristãos. As terras objeto de intervenção seriam basicamente as não produtivas. A indenização justa não era questionada. Era estimulada a organização sindical como forma de conter o avanço das Ligas.

“(...) tratava-se de trabalhar para o homem, não para a classe, mudar pela educação e não pela luta de classe, organizar e colaborar, trabalhar para todos e não só para um” (Medeiros 1981, 36).

A luta pelos direitos trabalhistas e sindicalização rural foi considerada como um momento significativo, que levou à regulação da atividade sindical e criação do estatuto do trabalhador rural, e favoreceu o atrelamento do sindicalismo ao Estado (Medeiros,1981).

“O Estatuto da terra, Lei da Reforma Agrária (...) foi um produto quer do vigor das lutas camponesas, quer do esforço das classes dominantes em manter a Reforma dentro de limites controláveis” (Medeiros, 1981, 38).

O declínio das Ligas Camponesas se deu a partir do fim do período populista, seja pela perseguição a seus líderes (Piletti & Mosolino, 1999), seja por ficarem fora do manto protetor do Estado, ou pelas suas divergências internas (Medeiros,1981).

No III Congresso dos Trabalhadores Rurais, realizado em 1979, o movimento camponês, antes enfraquecido, volta a se recuperar e consolida propostas em que se critica o sindicalismo atrelado; estimula as ocupações de terras improdutivas; e defende uma posição mais agressiva em relação à reforma agrária (Medeiros,1981).

O Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra – MST, nasce nesta nova fase do movimento camponês. O Encontro Nacional pela Terra, realizado

em 1984, decide pela formação de um movimento social que recuperasse a trajetória de lutas pelo movimento camponês brasileiro e que:

“(...) representasse o acúmulo orgânico de conseguir apreender experiências históricas de outros movimentos camponeses da América Latina, de movimentos camponeses do Brasil e, também, dos movimentos da classe trabalhadora de todo o mundo” (Fernandes,1998, 37).

Em 1985 se realizava o I Congresso dos Trabalhadores Sem-Terra, oficializando o MST. Três vertentes ideológicas contribuíram para a sua formalização: **Religiosa** através da Igreja Católica (através da Pastoral da Terra) e da Igreja Luterana, que vinham atuando em um trabalho de conscientização, animação e articulação dos camponeses; **Sindical** representada por lideranças do sindicalismo combativo, das oposições sindicais que viam a forma de atuar verticalizada, municipalista, formal e burocratizada de alguns sindicatos como entrave para a luta pela terra; e a de **outros Movimentos Sociais** com militantes de vários movimentos sociais que viam na luta pela reforma agrária uma luta também contra a ditadura militar e pela redemocratização do país (MST, 1995).

As contribuições destas vertentes foram essenciais para a constituição de um movimento social autônomo, detentor de uma forma de organização dos trabalhadores rurais para conquistar a terra e avançar na reforma agrária. No entanto, não bastava a vontade de lutar, era necessário saber enfrentar os muitos desafios que as oligarquias rurais impunham através de sua força, que há séculos vem impedindo a realização de uma verdadeira reforma agrária no país.

As características básicas do programa de reforma agrária defendidas pelo MST (1995) são as seguintes:

- Modificação da estrutura da terra.
- Subordinação da propriedade da terra à justiça social, às necessidades do povo e aos objetivos da sociedade.

- Garantia de que a produção agropecuária esteja voltada para a segurança alimentar e o desenvolvimento econômico e social dos trabalhadores.
- Apoio à produção familiar e cooperativada, com preços justos, crédito acessível e seguro agrícola.
- Aplicação de um programa especial de desenvolvimento para a região do semi-árido.
- Desenvolvimento de tecnologias adequadas à realidade, preservando e recuperando os recursos naturais, como um modelo de desenvolvimento agrícola auto-sustentável.
- Busca de um desenvolvimento rural que garanta melhores condições de vida, educação, cultura e lazer para todos.

A estrutura do MST é composta por ordem de hierarquia, da seguinte forma: um Congresso Nacional - realizado a cada 5 anos -; uma coordenação nacional; uma direção nacional; coordenações estaduais; direções estaduais; coordenações regionais; e coordenações dos assentamentos e acampamentos (Fernandes, 1998).

Atualmente o MST é considerado o maior movimento de massa que existe no Brasil e no mundo. Apesar de não ter sua história sistematizada em Alagoas, sabe-se que o Movimento foi iniciado no ano de 1987, na Região do Alto Sertão, e hoje atua em todas as regiões do Estado, mantendo um trabalho de aliança com organizações de lutas tanto do setor rural quanto do setor urbano. Em 1999, havia 45 acampamentos em Alagoas, situados às margens das rodovias e sofrendo constantes ordens de despejos determinados pela Justiça.

Durante todo o mês de setembro de 1999, mais de 5 mil trabalhadores rurais sem-terra acamparam na cidade de Maceió, pressionando a Superintendência do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA), a fim de acelerar o processo de vistorias das áreas destinadas à implantação de assentamentos (Gazeta de Alagoas, 1999). Este processo continua porque as reivindicações não foram atendidas e a crise segue

umentando. Em 2001, o número de assentamentos, ultrapassa a 36, segundo informações do próprio Movimento.

Vale salientar que *acampamentos* são lugares sociais onde os “*sem-terra*” habitam e mantêm conjuntos de barracos como forma de resistência. Estes se localizam dentro de uma propriedade ou à beira de uma estrada.

Já os *assentamentos* são áreas desapropriadas onde se implantam os projetos de Reforma Agrária. Têm amplo significado, pois representam lugares sociais novos de formação de uma comunidade rural (Fernandes, 1998).

Na opinião de Rubens Ricupero:

“A emergência do movimento dos trabalhadores rurais é um dos fenômenos mais importantes da história brasileira, desmitificando toda uma trajetória de suposta passividade e anomia do nosso povo. Revela um problema real gravíssimo, a incomensurável miséria no campo. Pois ninguém, por grande agitador que seja, é capaz de levar dezenas de milhares de pessoas à ação organizada, a fazer homens e mulheres afrontar a brutalidade de jagunços e policiais até o sacrifício da vida, se não houver por trás muito desespero e sofrimento” (Ricupero *apud* Piletti & Mosolino, 1999).

2.2 Os assentamentos e suas condições de saúde

Alguns problemas de saúde existentes nos acampamentos e assentamentos podem ser identificados no Relatório da Oficina de Saúde do MST, realizada em 1998.

Destacamos aqui os principais problemas mapeados no referido relatório:

- baixa resistência a doenças, em face de alimentação inadequada;
- falta de saneamento básico;
- falta de higiene;
- falta de habitação adequada;
- alto índice de doenças infecto-contagiosas, sendo as crianças especialmente, vítimas de doenças infecto-parasitárias e nutricionais;
- os trabalhadores se acidentam freqüentemente;
- mulheres apresentam doenças ginecológicas e falta de atenção à saúde reprodutiva;

- alcoolismo;
- problemas do aparelho locomotor;
- intoxicações por agrotóxicos;
- alta frequência de doenças crônico-degenerativas;
- falta de informações e estatísticas que permitam maior conhecimento sobre as populações assentadas;
- distância dos serviços de saúde;
- estrutura sucateada de alguns serviços de saúde;
- discriminação do trabalhador rural no atendimento à saúde;
- falta de articulação entre as ações de saúde dos acampamentos e assentamentos com a rede formal de saúde;
- número insuficiente de agentes de saúde;
- falta de agentes de saúde com formação adequada;
- armazenamento e tratamento de lixo inadequados.

À guisa de reforço da compreensão da dura realidade enfrentada pelos trabalhadores rurais acampados e assentados, parece-nos importante focar alguns trabalhos sobre a caracterização das condições de saúde em dois assentamentos de Alagoas (Ferreira et al, 1997; Ferreira *et al*, 1998; Tenório, 1998).

Nestes assentamentos, cerca de 85% das mulheres nunca tinham ido à escola ou não concluíram o ensino fundamental, o que vem confirmar o grave problema do analfabetismo em Alagoas.

O déficit nutricional em crianças menores de dez anos nestes assentamentos é um grave problema de saúde pública. Constatou-se uma grande prevalência de desnutrição crônica, com déficits relativos de peso por altura e altura para idade.

Os principais problemas de saúde referidos pela população nos dois assentamentos foram os de ordem respiratória, geralmente em forma de “gripe”, acompanhados de “febre”, “tosse”, “secreção” e, em alguns casos, “cansaço”. Em seguida, vêm os distúrbios gastrointestinais, sob a forma de “dores de barriga” e “diarréias”. As afecções dermatológicas foram o terceiro problema de saúde mais citado.

Outros problemas de saúde relacionados com uma maior frequência foram as chamadas “víroses” e problemas psicológicos, expressos principalmente sob a forma de “sofrer dos nervos”.

Os dados apresentados podem ser representativos das condições de saúde às quais encontram-se submetidas estas parcelas da população. Ao mesmo tempo, reforçam a necessidade de implementação de políticas públicas nos assentamentos para o alcance de melhoria na qualidade de vida extensiva a toda a população brasileira, com ênfase para os excluídos sociais, dentre eles, os Trabalhadores Rurais Sem-Terra.

2.3 Setorial de Saúde do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra

A partir da identificação das dificuldades de saúde nos acampamentos e assentamentos, os membros do MST propõem a formação de um *setorial de saúde* na sua estrutura, a fim de organizar as discussões sobre as diretrizes para a modificação do perfil de saúde percebido. Foi aprovado, conforme consta no Relatório de Saúde do MST (1998), que este setorial teria como princípios:

- Defender a saúde como atendimento integral das necessidades dos homens e mulheres, em todas as fases, garantido condições dignas de vida.
- Lutar pela valorização e preservação da vida de todos. Neste sentido, queremos que a solidariedade e a justiça sejam valores preservados.
- Lutar para que a saúde seja um direito de todos e que o Estado assuma a responsabilidade pelo seu cumprimento, significando que somos contrários a que a saúde seja fonte de lucro.
- Nossa ação principal deve ir ao sentido da promoção e da prevenção da saúde, não esperar a doença acontecer.
- Que todos os homens e mulheres, em todas as fases, tenham acesso e se apropriem dos conhecimentos que garantam uma vida com saúde.
- A saúde é resultante de um processo de luta popular, significando um acúmulo de conhecimento e práticas que se tornam direitos. Não somente

benefício para o Estado ou questão para profissionais, a saúde será tanto mais desenvolvida em nossa sociedade quanto mais a população, de forma organizada, a assumir.

- Respeitar e levar em consideração os diferentes aspectos e valores culturais que homens e mulheres, em todas as fases, trazem consigo e que promovam a saúde, bem como a realidade em que vivem.

- Resgatar, promover e desenvolver o conhecimento e as práticas medicinais alternativas que a população já vem usando, ou não, como uma das formas eficazes e de fácil acesso à saúde, sem, com isto, ignorar a utilidade da medicina convencional, quando se fizer necessária.

À medida que o MST cobra do Estado sua responsabilidade para a saúde da população dos Acampamentos e Assentamentos, seus integrantes elaboram, propõem e implementam práticas de saúde nesses locais, como, por exemplo: as hortas medicinais e as farmácias itinerantes. Através da implementação dessas práticas, a medicina popular passa a ser uma estratégia na luta política, uma forma de resistência à classe dominante, segundo registram documentos do próprio movimento.

“O MST compreende que o trabalho de medicina popular com as plantas medicinais é um processo de libertação. Vamos passar de um estado passivo de dependência das firmas farmacêuticas internacionais a um estado ativo de fabricação dos nossos próprios remédios, com nossos próprios recursos” (MST, 1999, 5).

Há clareza, no papel do setorial saúde, com relação à dimensão técnica da saúde:

“É impossível o setor saúde se responsabilizar pela saúde de seu povo. É preciso uma ação integrada de todos os setores da política governamental” (MST,1999,12).

O Movimento, em parceria com outras entidades, também atua na formação de agentes de saúde, elaborando proposta de capacitação, como podemos ver:

“Desde as primeiras ocupações de terra, em alguns estados, realizamos, em parceria com entidades como a Pastoral da Saúde, o treinamento de Agentes de Saúde. Os agentes participam do treinamento para, prioritariamente, atuarem nas ações preventivas e educativas. Ações como: combate à desnutrição através de produtos naturais existentes nas diferentes regiões (...), plantio de hortas comunitárias de plantas medicinais; orientação quanto ao uso das plantas; alerta quanto aos malefícios no uso de agrotóxicos, formas naturais de combate às pragas da lavoura, etc. As ações em saúde nas escolas também têm sido nossa prioridade” (MST, 1999, 23).

Comparamos este setorial com o movimento criado na epidemia de cólera no Peru, denominado de “*duplo caminho peruano*”, citado por Valla (1998):

“(...) este movimento cobrou do governo sua responsabilidade e, ao perceber que o governo não respondia com os recursos necessários para combater adequadamente a epidemia, implementou uma política própria de mutirão para salvar os atingidos” (Valla, 1998, 11).

Além do setorial de saúde, o MST através do coletivo nacional de gênero do MST também elaborou uma cartilha de formação para seus integrantes intitulada “Mulher Sem Terra” em que se objetiva fortalecer a participação e a organização das mulheres.

Além de discutir a relação da mulher e a saúde, nesta cartilha são discutidos assuntos relacionados a mulheres e lutas de classes; relações de gênero; educar sem discriminar; valores; cultura e lazer nos assentamentos e acampamentos; as mulheres e a construção do projeto popular e; as mulheres e a reforma agrária.

A cartilha propõe a formação de encontros que, a partir de uma perspectiva de gênero, promovam uma reflexão sobre a realidade e um fortalecimento da organicidade do movimento, a fim de contribuir para uma transformação da sociedade.

No que diz respeito à mulher e saúde, a cartilha aborda assuntos sobre o conceito de saúde, a assistência integral a saúde da mulher, a realidade da saúde da mulher; e informações sobre o que o SUS deve garantir para as mulheres. Têm-se a seguir algumas questões sugeridas para o debate em grupo:

*“Como tratamos as mudanças que ocorrem com o nosso corpo (menstruação, gravidez, parto...)?
Nós mulheres gostaríamos de ter informações sobre o funcionamento do nosso corpo? Como? O que fazer? Com quem podemos contar?
Como está a situação de saúde em nosso município, assentamento e acampamento? Que lutas devemos fazer para mudar essa realidade?”
(MST, 2000, 39).*

Assim, o MST pode ser considerado como um mediador para toda luta de efetivação do acesso ao direito à saúde. Seja através da luta pela implementação do SUS ou pela formulação de uma prática de saúde abrangente que contemple e respeite os vários saberes existentes nas classes subalternas.

Citamos Bastien (1992, *apud* Wong-Un, 1998 pp. 98), quando afirma que:

*“(...) el valor central de los líderes comunitarios de salud es social y cultural: ellos permiten articulaciones entre servicios de salud y población; estimulan la participación de las personas; son líderes “reguladores” y no “jerárquicos”; representan bien los intereses de la comunidad; y amplían nuestras concepciones de salud, incluyendo el bienestar social, emocional y económico”
(Bastien, 1992).*

2.4 O Assentamento Massangana

2.4.1 Localização

O antigo Engenho Massangana, hoje assentamento Massangana está localizado no município de Maragogi - Alagoas, sendo distante 17 km da sede do referido município. Está a 129 km de Maceió, a capital alagoana. Limita-se ao norte com o Assentamento Água Fria; ao sul com as fazendas Douradas e Santa Luzia; a leste, com o Assentamento Itabaiana; e a oeste com os assentamentos Javari e Santa Rita.

As terras eram pertencentes à Usina Central de Barreiros. Foi ocupado em agosto de 1997 por 20 famílias integrantes do MST, sendo criado como Projeto de Assentamento através de decreto de 24 de setembro de 1997. Seu decreto de desapropriação para fins de reforma agrária foi assinado em 23 de novembro do mesmo ano. A emissão de posse, expedida pelo INCRA no dia 16 de dezembro de 1997, dividia a área em parcelas para 127 famílias. Possui, aproximadamente, 700 pessoas. Sua área é de 9.639.855 ha, sendo 2.407.400 ha de reserva legal.

2.4.2 Aspectos geográficos e agrícolas

O assentamento está localizado na região fitogeográfica da Mata Atlântica, sendo constatáveis, em algumas áreas, madeiras consideradas nobres como sucupira, pau-ferro e louro.

Encontram-se no interior do assentamento diversas nascentes, de regime permanente, com vazões capazes de viabilizar pequenos projetos de irrigação. Percorre seu interior o Riacho Sarapó, afluente do Rio Itabaiana, de regime perene, com vazão e qualidade de água própria para irrigação, consumo humano e animal (INCRA, 1998).

Trata-se de um imóvel que dispõe de boa potencialidade agrícola para fins de execução de projeto de assentamento. A fertilidade das áreas de várzeas é propícia para o cultivo de banana, pois conta com um bom suporte hídrico, formado por várias nascentes e riacho de curso perene e solos profundos, aliados a condições climáticas adequadas à exploração de culturas perenes. (INCRA1998).

A topografia acidentada, ausência de técnicas de irrigação; fragilidades nas formas associativas precária e insuficiente assistência técnica são algumas limitações encontradas para a potencialidade agrícola do assentamento (INCRA, 1998).

2.4.3 Aspectos demográficos

O assentamento possui uma média familiar de 4,8 pessoas. De acordo com a distribuição por sexo, 55% da população é composta por homens e 45% por mulheres.

De acordo com os dados da equipe técnica do INCRA, existem muitas crianças na faixa etária de 0 a 5 anos; o relatório não traz informações quanto ao número destas crianças.

2.4.3.1 Origem dos moradores e suas atividades profissionais

Os acampados são originários de diversos municípios do estado de Alagoas, como, por exemplo, Matriz de Camaragibe, Passo de Camaragibe, Porto Calvo, Japaratinga, Maragogi, União dos Palmares, Viçosa. Vêm, também, de alguns municípios pernambucanos, como Barreiros, São José da Coroa Grande e São Bento do Una.

As famílias, em sua maioria, trabalhavam na agricultura. Algumas pessoas trabalhavam como pedreiros, relojoeiros, cambistas, motoristas e carpinteiros. Alguns trabalhavam ainda como diaristas nas destilarias e em cortes de cana.

Na época da pesquisa muitas mulheres ainda trabalhavam nas suas cidades de origem como empregadas domésticas, professoras, vendedoras ambulantes. Outras trabalhavam como agricultoras nas parcelas do assentamento, tendo ainda casos de complementação de renda em vendas de roupas, cosméticos, “confeitos” e pipocas nas próprias casas, como também costuras e cortes de cabelos e manicure.

2.4.4 Condições sanitárias e do meio ambiente

De uma das nascentes do assentamento, a água foi canalizada para o abastecimento das casas da principal agrovila do assentamento. O único tratamento utilizado nesta água era a colocação de pedras de enxofre, tratamento muito artesanal que deixa riscos para a contaminação desta água.

As outras casas, que não faziam parte da agrovila principal, não possuíam água encanada. As pessoas (principalmente as mulheres) teriam de se locomover até algumas nascentes ou ao rio para a utilização e consumo de água.

Na construção de todas as casas, os destinos dos dejetos foram canalizados, sendo construídas fossas sépticas.

Entretanto, não havia uma canalização para o destino das águas consumidas na higienização dos utensílios e pessoal, o que originava algumas aglomerações d'água nas ruas do assentamento.

Não existe coleta regular do lixo. Os assentados reclamam tanto da associação quanto da prefeitura, que não se organizam para a limpeza. A associação se defendia, e seu presidente explicava que era responsabilidade da prefeitura enviar periodicamente um caminhão para a coleta.

Quanto a esta questão do lixo, uma das melhorias de saúde citadas nas entrevistas era a organização e limpeza do assentamento.

2.4.5 As instituições públicas

O prédio da escola da rede municipal de ensino localiza-se na entrada da agrovila principal do assentamento. É a única escola do assentamento. Sua estrutura é composta por paredes de alvenaria e forro de PVC, com duas salas de aula, dois banheiros, uma cozinha e uma sala para a diretoria. Dispõe de energia elétrica.

Duas professoras lecionam nesta escola. São estudantes de pedagogia⁵, com formação de magistério (2º grau). Estas professoras são assentadas, isto é, moram no local assentamento, o que permite um vínculo maior com a comunidade.

Na escola, o ensino vai da 1ª à 4ª série. Não existe pré-escola, creches, nem ensino da 5ª série em diante. Para a continuação dos estudos é necessário que as pessoas se desloquem para Maragogi (Alagoas) ou São José da Coroa Grande (Pernambuco).

Foram referidos projetos para a realização de cursos noturnos de alfabetização para jovens e adultos, através do Programa Nacional de Educação de Jovens e Adultos da Reforma Agrária. Dois assentados foram capacitados para atuar como monitores no assentamento.

⁵ Existe no município de Maragogi o Programa de Faculdade a Distância numa parceria da Prefeitura Municipal e da Universidade Federal de Pernambuco.

2.4.6 Meios de transportes

Os meios de transportes são escassos e caros. As condições de tráfego nas estradas são precárias, principalmente quando chove.

Em Massangana só existe uma “Kombi-lotação”, cujo roteiro alcança Maragogi (Alagoas) e Barreiros (Pernambuco). Esta pertence a um assentado. Sai do assentamento às 6 horas da manhã e retorna às 12 horas. Sai novamente às 14 horas, retornando às 18 horas. O custo é de dois reais.

Há um ônibus escolar da prefeitura de Maragogi que transporta os jovens que cursam da 6ª a 8ª série e o 2º grau para o centro do município. Este ônibus sai às 17h30, retornando às 23 horas.

Aos sábados, às 6 horas da manhã, entra no assentamento um ônibus de uma empresa particular para levar os assentados ao mercado em Barreiros, retornando às 10 h. O custo é de dois reais. Aos domingos, este ônibus toma o destino do mercado de Maragogi.

Grande parte da população do assentamento utiliza bicicleta como meio de transporte alternativo. O tempo de caminhada entre o assentamento e a rodovia BR -101 norte de cerca de 1 hora e 30 minutos, e de bicicleta dura cerca de 50 minutos.

2.4.7 A Associação do Assentamento Massangana

A representação formal do assentamento se dá sob o nome empresarial de *Grupos de Famílias de Cooperação Agrícola do Assentamento Massangana*, com o CGC - 02647081/001-41.

Foi criada, após o processo de desapropriação e a última eleição da diretoria da Associação tinha sido realizada no dia 1º de dezembro de 1999. 115 assentados participaram das eleições. A gestão tem a duração de dois anos, com direito a reeleição.

A Associação é composta por uma executiva com os seguintes cargos:

- presidente e vice-presidente;
- tesoureiro e vice-tesoureiro;
- secretário e vice-secretário; e

- o conselho fiscal, composto por seis conselheiros.

Existem também três secretarias: secretaria da saúde, secretaria do esporte e secretaria da educação. Há, ainda, dois auxiliares, um encarregado da área social com a função de auxiliar a assistente social do Projeto Lumiar-Incra, e um outro que colabora com o técnico agrícola deste Projeto.

Foi criada a cadeira de prefeito, ocupada por uma pessoa responsável pela parte residencial do assentamento.

A Associação conta com 127 associados e suas reuniões acontecem mensalmente, toda primeira quarta-feira de cada mês. De acordo com o presidente da Associação, a frequência de participação gira em torno de 80%, número este confirmado nas duas reuniões de que participei.

O local das reuniões é a escola municipal do assentamento. É realizada, antes, uma reunião da executiva da Associação para definir os pontos de pauta e a organização da assembléia.

Um relatório técnico de avaliação do INCRA cita dificuldades na organização da Associação, como a pouca participação dos assentados e a centralização de poder nas mãos da direção. Entretanto, este mesmo relatório indica algumas potencialidades, como a força do coletivo com uma grande capacidade participativa (contradizendo a pouca participação que o mesmo relatório cita como dificuldades), existência de várias formas associativas orgânicas e um grande número de jovens (Relatório Técnico do INCRA, 1999). Vale salientar que este documento apenas cita dificuldades e potencialidades, não indo além na discussão, o que dificulta uma avaliação, tornando-a vaga e imprecisa.

2.4.8 As relações comerciais

Localização referente aos centros com os quais são mantidas relações comerciais:

Em Alagoas: Maragogi (17km), Porto Calvo (25 km), Maceió (129 km).

Em Pernambuco: Barreiros (47km), Caruaru (150 km) e Recife (150 km).

Os produtos hortifrutigranjeiros que são vendidos nas feiras próximas não são provenientes de Alagoas e sim do estado de Pernambuco. Isso caracteriza a região como um mercado aberto aos produtos gerados nos assentamentos, pois não encontram

concorrência com os agricultores locais. Entretanto, a comercialização dos produtos agropecuários ainda era muito insignificante frente ao potencial de produção. Os principais produtos comercializados são a cana de açúcar e a banana (comprida, pacovan, maçã e prata).

No entanto, existem algumas limitações, como, por exemplo, a pequena produção dos assentamentos, o transporte caro e irregular, a baixa qualidade dos produtos, a inexistência de agroindústria, e uma organização incipiente para viabilizar a comercialização.

Como a região é um pólo turístico, sendo Maragogi considerado o maior pólo turístico do interior de Alagoas, o turismo torna-se um importante setor, colaborando para a grande demanda por produtos agropecuários e em escalas para abastecer os hotéis e restaurantes tanto de Maragogi quanto dos municípios circunvizinhos. O incentivo para o artesanato regional pode ser um fator de contribuição para o desenvolvimento da comunidade.

2.4.9 O lazer

Não existe uma política de lazer no assentamento. Existe um campo de futebol improvisado, onde os homens se reúnem no final da tarde, principalmente nos fins de semana, para jogar.

Nas noites dos finais de semana, o caminhão da associação leva algumas pessoas para as festas, nos barracões localizados nos sítios próximas à BR 101.

No dia de domingo, algumas pessoas vão as praias para pescar ou vender picolés, e aproveitavam o dia para o lazer na praia. À noite, os crentes (e alguns jovens não-crentes) se encontram no culto da Assembléia de Deus.

2.4.10 Domingo: dia de culto no assentamento

Domingo era dia de culto, que acontecia à noite. Muitos dos assentados fazem parte desta Igreja. Eles se autodenominam *crentes* ou *evangélicos*. As pessoas se

arrumavam para tal atividade como se fosse para uma festa. Além de ser uma atividade religiosa, acabava sendo uma opção de lazer.

O prédio da Assembléia de Deus encontra-se na agrovila principal do assentamento. É uma construção simples, de alvenaria, pintada externamente de azul, tendo o nome da Igreja no frontispício. Sua fachada principal assemelha-se à de igrejas da Assembléia de Deus encontradas em outros assentamentos.

Havia muitas crianças e adolescentes presentes no culto. As crianças faziam parte do coral, os adolescentes se aglomeravam à porta de entrada da igreja. A maioria participava do culto com bastante atenção. Os adultos e os mais velhos ficavam sentados no centro da igreja.

O agente de saúde encontrava-se na frente, atuando como diácono junto ao presbítero (um senhor com seus 70 anos).

Durante o culto, havia a fala do presbítero, a leitura da Bíblia, os cantos e o momento de cura e conversão. Nesse dia, pediam pela saúde de “uma irmã” que estava com dores na perna. Também houve um convite a toda à igreja para uma festa de casamento. Na saída, todos se cumprimentavam e retornavam às suas casas com as bíblias na mão. O culto terminou em torno das 23 horas.

No canto final do culto evangélico, percebem-se as idéias de descanso, paz e salvação:

*Pecador, escuta a voz do Senhor:
Se estás cansado, vem descansar;
Vem, não te detenhas, sem nenhum temor;
Deixa teu fado e vem repousar.
Vem, vem a Mim e descansarás;
Toma meu jugo e te guiarei;
Sou humilde e manso, dou-te minha paz,
Vem hoje mesmo e te salvarei!”*

Numa comunidade, onde as pessoas, principalmente as mulheres, diariamente se desdobram para dar conta dos cuidados domésticos, familiares e ainda trabalhar na parcela, sem falar nas suas preocupações socioeconômicas, são bem acolhedoras as idéias do descanso, repouso e paz contidas nesta canção.

Quanto à religião católica, não existem capelas ou igrejas dentro do assentamento. Utiliza-se o prédio da escola municipal para a realização de celebrações eucarísticas.

Duas religiosas iniciavam trabalho de evangelização no assentamento. Na época em que desenvolvíamos o trabalho de campo, esta evangelização era, ainda, incipiente e as religiosas não exerciam uma atuação sistemática. Alguns assentados referiram existir discussão em torno de projeto de construção de uma capela local.

CAPÍTULO III

O DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO:

A fala social das agentes de saúde

3.1 Cuidados no ciclo gravídico-puerperal

Este capítulo apresenta os Discursos do Sujeito Coletivo – DSCs construídos a partir da fala das agentes de saúde, no que diz respeito aos períodos gestacional, parto e resguardo.

Nas etapas do processo de análise, as Idéias Centrais e Ancoragens foram identificadas e agrupadas (Anexo 7). Partindo de cada grupamento de idéias centrais, o DSC foi sendo construído e apresentados em quadros.

3.1.1 Na gestação

A partir da pergunta “Quais os cuidados necessários durante a gravidez?” Foram identificadas as idéias centrais básicas, agrupadas em dois conjuntos que nomeamos:

- Cuidado baseado na busca do atendimento formal de saúde (acompanhamento do pré-natal, imunização).
- Cuidado baseado em concepções culturais de alguns problemas na gestação relacionados ao parto e à criança.

Quadro 1

IC – Cuidado baseado na busca do atendimento formal de saúde

DSC

O meu conselho é, ficou gestante, procure um médico, procure um centro de saúde, uma pessoa que possa fazer o pré-natal, não fique sem fazer o pré-natal porque aqui já teve caso de óbito.

A mulher, aos três meses de gravidez, ela tem de procurar o médico pra fazer o pré-natal. Eu incentivo as vacinas. Anti-tetânica, que é uma coisa muito boa, evita sérios problemas. Além do pré-natal, é muito importante alimentar bem, dormir bem, evitar esgotamento de serviço, inclusive foi o que o médico me disse, porque eu esgotei.

Pra mãe fazer o pré-natal ela tem que ir pra Maragogi, antes não existia pré-natal, não tinha. Umas faziam pré-natal em São José, outras em Barreiros, mas depois que o prefeito ganhou, aí tem, em Maragogi tem pré-natal.

Se quiser fazer em São José da Coroa Grande faz, mas fica mais fazer no município, que aqui o município é de Maragogi.

Vai bem cedo, lá no posto. Tem que pegar ficha.

COMENTÁRIO

O quadro exposto mostra a idéia central síntese “O cuidado baseado na busca do atendimento formal de saúde”, em que se observa, no discurso, a importância dada à procura, por parte da gestante, do acompanhamento pré-natal. Este DSC se ancora na idéia da valorização do cuidado associado aos saberes formais de saúde, de base técnico-científica.

Além da busca pela assistência pré-natal, é revelado no DSC, um cuidado caracterizado também por fatores individuais ligados a gestante, como boa alimentação, não fazer esforço físico, repouso.

Percebe-se ainda, que no DSC é explicitada uma associação entre o atendimento formal e as dificuldades de acesso aos serviços de saúde por parte da gestante.

A partir da idéia central síntese: “cuidado baseado na procura do atendimento formal” originaram-se dois desdobramentos, cujo conjunto de idéias centrais foi denominado “visão das agentes sobre a não procura das mães ao acompanhamento pré-natal” e o “incentivo das agentes e do MST para a realização do pré-natal”.

Observa-se no quadro seguinte o DSC relativo ao primeiro desdobraamento.

Quadro 1.1

IC (1º desdobraamento) – Visão das agentes sobre a não procura das mães ao atendimento pré-natal

DSC

As gestantes não têm cuidado, nenhuma mãe foi fazer pré-natal e os cuidados são poucos; se uma gestante está gestante, ela não procura um médico pra uma orientação, pra um pré-natal, se ela não procura tomar uma vacina, então ela não tá se cuidando, ela não tá querendo saúde.

As mulheres não fazem geralmente o pré-natal porque os maridos proíbem, dizem que elas vai se mostrar pros médicos, preferem que elas percam a saúde e até cheguem à morte.

COMENTÁRIO

Para este sujeito coletivo, o cuidado com a saúde da gestante gira em torno da responsabilidade desta em procurar o centro de saúde. Porém este sujeito reconhece que uma das dificuldades enfrentadas por estas mulheres está na proibição dos maridos quando elas se propõem a buscar o serviço de saúde.

Quadro 1.2

IC (2º desdobraamento) – Incentivo das agentes e do MST para a realização do pré-natal

DSC

Mas nós estamos lutando, as agentes ajudam muito, acompanha elas e o MST está lutando também, mandando o pessoal de casa em casa, incentivando. Eu creio que com esse incentivo vamos chegar lá.

COMENTÁRIO

A organização coletiva é ressaltada neste discurso como um fator de incentivo no acesso das mulheres ao acompanhamento do pré-natal.

Quadro 2

IC – Cuidado baseado em concepções culturais sobre alguns problemas na gestação

DSC

Ela tem que ter muito cuidado na transação, porque é aí onde o menino ele gera, toda doença vai pra ele, porque ele fica ali feito um depósito, bateu, pegou, porque não pega nela, pega na criança, uma mulé grávida não pode fitar, porque não pega nela, pega na criança, se ela tiver contato com bicho de pêlo, o menino fica fatível quando ele nascer ele encaroçar todinho, a criança na barriga ela faz qualquer tipo de coisa, qualquer tipo de doença, qualquer tipo de olhar, você tá grávida, você não pode pegar esse caroço de feijão e ficar fitando pra esses caroço de feijão, não, seu filho pode pegar.

Você vê uma chave, você tá grávida, se derrubar uma chave ou você colocar uma chave no seio, o seu menino nasce com o beicho rachado, se você derruba, cair um pelinho no seu seio, nasce um sinal no menino, seja lá onde for, igualmente se uma pessoa teve contato com uma pessoa com qualquer problema na pele, feito aquela rubéola, a mulher grávida não pode chegar nem vê uma pessoa que teja com rubéola, que ela pode passar pra criança.

Ela num pode pegar muito peso, num pode sentar num batente porque parto fica colado. Batente, principalmente, pilão, num pode sentar-se, mode dor de cadeira.

Num pode enguiçar corda de amarrar cavalo na rodage, o parto fica com rabo. Num pode deixar bicho que tenha rabo passar por trás, o parto fica com rabo.

COMENTÁRIO

A idéia central síntese denominada “Cuidado baseado em concepções culturais de alguns problemas na gestação”, aponta para a presença de um sujeito coletivo que associa alguns atos ocorridos durante a gestação com o aparecimento de problemas relativos à mulher e à criança.

Percebe-se que as explicações para estes problemas de saúde se baseiam nos saberes populares de saúde, de base empírica, informal, delineando, assim uma etiologia popular. A concepção do cuidado também se fundamenta nestes saberes.

3.1.2 No Parto

Com relação ao parto, agrupamos as idéias centrais complementares em três conjuntos, que nomeamos de:

- Cuidados no parto
- Os casos de perigo
- Problemas do parto

Quadro 3

IC – Cuidados no parto

DSC

Quando vai fazer um parto deve ter o cuidado.

Eu não sou parteira, mas tendo precisão eu pego qualquer menino, porque tenho a oração de N. Sra. de Montserrat. É dom dado por Deus. Eu tinha um dom

Quando o menino vem normal, tudo é bom, quando o menino não vem normal, tem vários tipo de parto, não é um só, vem menino de cabeça, vem menino de pé, vem menino de bumbum, tem menino que não nasce e tem um parto de rabo.

Eu faço um exame para ver se o menino tá normal, se tá de mau jeito. Se ele tiver normal aí no exame a gente conhece. É o exame local. No exame a gente conhece se ele tá perto, se tá longe, se vai demorar, se vai nascer logo. No exame, aí nós conhece.

Quando tá sofrendo pra ganhar neném, sendo em casa a gente bota manteiga no café, faz o remate do tempero da pimenta do reino, faz aquele remate bem forte e dá a pessoa pra tomar quando as dor aumentar. Quanto mais passa mais eles dói, é pra chegar as dor, pras dor ficar forte. dizem que é muito bom.

A manteiga também a pessoa fica forte e a dor vai aumentando. Aí, se a pessoa custar mais pra ganhar neném, as dor aumenta e no instante a pessoa ganha neném.

Não, até aqui não (uso luvas). Por causa que nada disso eu tenho, eu não tenho essas coisas. E mesmo que eu não tenho prática, não sou formada para essas coisa, não tenho preparamento.

Prá cortar o cordão é tesoura. Inté aqui as tesoura que eu corto é essas tesoura mesmo que corta pano, nunca fervi não.

Álcool, sempre tem nessas hora, nunca precisou. Sempre corre bem, inté aqui, nunca prejudicou nada.

O que nós deve dar à mãe da criança é água inglesa, que alimpa, sempre tenho feito isso, tenho mandado comprar, os esposo delas compra água inglesa pra elas tomar. É o que alimpa, é a água inglesa, eu tenho feito isso.

Quando a dor não fica doendo não dá nada. Quando a dor fica doendo, às vezes dá dose: dipirona, comprimido de dor, se tiver doendo

Às vezes tem chá que a pessoa dá e passa a dor. Mas não é todo o chá que pode dar.

O chá, tem que ser aquele chá, aquele mato, um chá que passe aquela dor.

É melhor dar uma dose ou um comprimido, é melhor, porque às vezes a pessoa dá um chá e nem sabe que prejudica.

COMENTÁRIO:

A pessoa que vai fazer o parto se responsabilizará pelo cuidado com a parturiente.

Estes cuidados passam por crenças religiosas, diagnósticos baseados em exames físicos, recursos terapêuticos empíricos e alopáticos, escassez de materiais técnicos para o parto.

Observa-se no DSC, que a agente reconhece não deter o conhecimento técnico científico, considerando assim as limitações da prática informal.

Quadro 4

IC –Os casos de perigo

DSC

O caso de perigo é quando não tem a condição de ter em casa, tem que tirar mesmo pra fora. Caso às vezes, o menino tá de mau jeito, às vezes tá colado, aí os casos de perigo são esse, às vezes é caso de cesáreo, às vezes dá hemorragia. Aí é da vez que a pessoa transporta pra fora.

COMENTÁRIO:

Verifica-se no discurso, as limitações da prática da parteira também diante dos casos mais difíceis. Nestes casos, a responsabilidade do cuidado do parto é transferida para o sistema oficial de saúde.

Quadro 5

IC – Problemas do parto

DSC

Quando a gente faz o parto, tem a obrigação de fazer a limpeza da mulher, que quando a gente vê o parto com aquele rabo, que é uns rabo que fica quando a mulher 'enguiça' rabo de bicho, animal, corda, então fica o parto de rabo. Cria um negócio comprido assim. Dentro de 24 horas já tá começando a feder, infecciona logo.

De vez em quando a gente tá olhando, fazendo uma revisão, pra ver se tá apontando aquele pedaço, porque quando aparece, a gente puxa, é assim da grossura de um dedo, outros é mais fino, só que ele quebra dentro, que às vezes é pegado, aí fica lá, se a pessoa não tiver cuidado pra tirar tudinho, aí a mulher fica perdendo sangue e fedendo, aí é fatível a morrer. Na hora que a gente tira acaba toda a infecção, que é só ele que fede, não é a pessoa, agorta se não tirar ele infecciona a mulher.

Tem que dar medicamento, a água inglesa. Se a água inglesa não resolve, a pessoa tem que dar um punhado de óleo de rícino pra tirar, colocar uma chave no pescoço. É, ela funciona, ela solta ele, ele desce.

Eu já coloquei (a chave) e não foi necessário ter fé, que a mulé até era meia descrente com tudo que se fazia, e resolveu, não precisou nem dar o óleo, nem dar nada

COMENTÁRIO:

Aparece no DSC (quadro 5) uma elaboração que sugere a idéia de semelhança entre o vivenciado na gestação e o que acontece no parto. O DSC mostra uma etiologia popular do problema em que fatos corriqueiros, aliados a crenças antigas explicam as causas de transtornos no parto. Estes transtornos exigem uma maior atenção da parteira.

A fala sobre os diferentes recursos terapêuticos utilizados (mecânico, medicamentoso ou simbólico) mostra os diversos saberes que se complementam e determinam sua utilização. A utilização destes recursos se fundamenta em concepções baseadas na lógica do tratamento purgativo que consiste expulsar o que está infeccionando.

3.1.3 No resguardo

No que diz respeito ao resguardo, a pergunta feita foi “quais os cuidados que a mulher deve ter depois do parto?”

A partir das respostas, agrupamos as idéias centrais em três conjuntos que denominamos:

- Tempo do resguardo e o porquê deste tempo
- Cuidados necessários no resguardo
- Problemas no resguardo – quebra de resguardo

Quadro 6

IC – Tempo do resguardo e o porquê deste tempo

DSC

Eu já vi as mais velhas do que eu dizendo que é até quarenta dias. Muitos diz trinta dias, o resguardo é trinta dia, mas outros já diz que é até quarenta dias, um mês e dez dias (...)

O certo é quarenta dias porque os mais velhos falavam que até quarenta dias a cova da mulher está aberta, o corpo da mulher está aberto.

Cada filho que a gente tem vai relaxando mais o útero. E quando tem menino assim, fica aberto, quer dizer, ele fecha, encosta na hora, mas não cola, só vai colar depois de 45 dias, enquanto não completar os 45 dias aquilo não tá fechado.

A mulher depois que ganha o neném está ali com os órgãos dela todo ferido, tudo recente, mimoso.

É igual a uma cirurgia, aí se ficar fazendo besteira, aí é arriscado abrir e descer, o útero fica baixo. O útero chama-se a dona do corpo.

COMENTÁRIO:

O quadro apresenta o DSC cujo conjunto de idéias centrais foi nomeado de “*Tempo do resguardo e o porquê deste tempo*”.

Os cuidados no período do resguardo são delimitados por um período tempo definido por crenças antigas. Este tempo é do re-estabelecimento das funções fisiológicas do organismo.

As explicações se alicerçam nas concepções populares relativas ao funcionamento sobre o corpo humano.

Quadro 7

IC – Os cuidados necessários durante o período do resguardo

DSC

Os cuidados devem ser o máximo, porque o resguardo é uma coisa muito séria. As mães têm sempre o cuidado. Tem umas delas que a orientação são delas mesmo.

Os cuidados que a mulher deve ter é não fazer muita extravagância, não pegar peso rapidamente assim que chegar da maternidade, evitar comida, não tá correndo, se abaixando, rachando e carregando lenha, não tá subindo um canto alto, não subir numa cadeira pra limpar em cima de um móvel.

E evitar chuva, sereno. O sereno faz mal porque dá dor-de-cabeça, aí não pode levar sereno. Sereno só de 15 dia por diante.

Mas eu sempre aconselho elas que não faça extravagância, que elas evitem essas coisas, porque é melhor fazer tudo certinho, do que se desesperar, fazer coisa errada e perder a saúde, porque saúde é uma coisa que a gente perde e não se acha assim tão fácil.

Tenho passado experiências que não pode ser assim, saúde é muito bom e a gente precisa...

COMENTÁRIO:

Observa-se neste discurso a idéia de que o resguardo é um período em que a mulher necessita de cuidados especiais, relacionados a causas naturais como ao esforço físico, ao clima e à alimentação.

Esses cuidados são reconhecidos pela comunidade e pelas agentes que fazem mediadoras entre o saber popular e o saber que permeia a rede de saúde oficial.

O DSC ressalta a importância desses cuidados no que diz respeito a conquista, manutenção e perda da saúde.

Para facilitar o entendimento, os cuidados relacionados com a alimentação no período do resguardo foram divididos em quadros, sendo denominados cada subconjuntos de idéias centrais em:

- **Importância da alimentação no período do resguardo**
- **Os alimentos não recomendados**
- **O consumo de frutas**
- **Alimentação no resguardo da mulher que levou ponto**
- **A dieta do primeiro resguardo e o sexo da criança**
- **Antigamente era assim...**

Quadro 7.1

IC – Importância da alimentação no período de resguardo

DSC

A alimentação muda muito. A alimentação no resguardo é muito cuidado, deve ser bem cozida, os alimentos bem lavados.

Tem que ser uma comida maneira: uma carniinha, um arrozinho, um macarrãozinho. Uma bolacha, um bolo, um biscoito, um pão, pode comer um inhame.

Um suco de beterraba porque ajuda muito o sangue.

Ela pode tomar leite, qualquer tipo de leite. O leite é bom, o leite não faz mal a mulé de resguardo comer.

Muitas pessoas diz que não, qualquer comida serve, mas não é assim não. Tem muitas comida que a mulher de resguardo não pode comer.

É arriscado até morrer por causa que às vezes a pessoa não tem resguardo de comida. O que chega, o que vê quer comer, aí prejudica.

Se você come hoje abacora, você não vai comer de resguardo, se você come um polvo hoje, você não vai comer. Eu nunca comi, porque eu tive um resguardo da minha mãe.

Sendo as mãe que cuida da gente tudo vem, mas nem todo tempo a pessoa num tem mãe pra cuidar.

Eu tenho pessoas aqui que eu tenho o cuidado do resguardo, eu mesmo faço a comida. Por exemplo, eu cuidei XXXX de resguardo, quando ela veio mesmo lavar uns paninhos ela estava com vinte e dois dias, mas eu em casa, eu cuidei muito bem dela, e da cesariana é que eu cuidava mesmo, porque cesariana já sabe.

COMENTÁRIO:

Percebe-se a ênfase dada ao cuidado com a alimentação no período do resguardo. O agente faz uma seleção alimentar entre alimentos recomendados e não recomendados. Uma prescrição dietética popular, que se não for cumprida, pode levar a morte.

Os alimentos recomendados para o resguardo são aqueles considerados leves, classificação esta que se opõe ao alimento ‘pesado’. Observa-se no discurso coletivo a conotação diminutiva para alguns alimentos sugerindo uma idéia de leveza. Outros alimentos recomendados são aqueles que fortalece o sangue. Observa-se ainda uma ênfase nos cuidados relacionados à preparação (cocção, higiene).

A presença da mãe no período de resguardo é sempre lembrada na fala social. No entanto nem sempre a mãe está perto da filha para cuidar, cuidar de sua alimentação de resguardo. Esse papel da mãe termina sendo desempenhado pela agente.

O DSC mostra uma agente responsável pelo cuidado de algumas pessoas, prepara sua comida e ajuda em alguns afazeres domésticos. Estes cuidados são intensificados principalmente quando a parturiente foi submetida a um parto cesáreo.

Quadro 7.2

IC – Alimentos não recomendados

DSC

As comidas reimosas não se podem comer no resguardo. A mulher quando está de resguardo não pode comer peixe, abacora, polvo. Peixes são reimosos, então tem o resguardo. Mas tem peixe que a mulher de resguardo come, a pescada branca ela pode comer. Outras comidas reimosas são: pato, peru, lagosta, caranguejo, camarão.

A galinha caipira, ela tendo o pescoço pelado, mulher de resguardo não pode comer, que ela é remosa, mas sendo outro tipo de galinha caipira, ou frango assim, galinha de granja, não tem problema, tirando o couro.

Batata doce é um alimento muito pesado pras pessoa de resguardo; pesado também significa macaxeira. Você não pode comer macaxeira e ir deitar. Tem muitas que ficam com muitos gases, por isso não pode comer macaxeira.

Milho, cuscuz, fuba pode comer, tem muitas que comem, eu não sou contra, mas é muito quente, o cuscuz é uma comida quente, é uma comida assim, que desceu para o seu intestino e ali não vai lhe fazer bem, a fubá é uma coisa muito quente porque o milho é uma coisa que engrossa muito o sangue, aumenta o sangue e a mulher de resguardo ela já sente muita quentura, que em tudo que ela come cuscuz, aí esquenta mais.

Tem pessoas que não se dá, tem pessoas que não gosta de comer fubá porque com certeza ela é prejudicial. Eu não aconselho a pessoa comer milho (...)

De primeiro as mulé não comia feijão, mas era besteira; feijão não ofende a mulher comer, o feijão é uma comida boa pra mulher que tá de resguardo.

COMENTÁRIO:

Observa-se no DSC que a seleção dos alimentos não recomendados, aqueles alimentos que podem fazer mal à parturiente, fundamenta-se em algumas classificações populares (quente, leve, pesado, reimoso, ácido).

Percebe-se na fala que os alimentos não recomendados são elementos naturais que irão favorecer o desequilíbrio entre o indivíduo e a natureza.

Quadro 7.3

IC – O consumo de frutas no resguardo

DSC

A fruta que ela pode comer assim é laranja, banana se for prata e comprida, também a banana pão, mas outra qualidade não. Não come banana-anão nem maçã. A banana-prata e a banana-pão são própria pra mulher de resguardo, e a maçã e a anão, não é.

Come jaca-dura, só não jaca-mole. A jaca-mole é muito carregada. Se comer jaca e beber água, o bago cresce na barriga, agora é somente da mole.

Chupar cana-caiana, melancia, de oito dia por diante.

Abacaxi não chupa. O abacaxi é muito ácido

Manga, essa fruta não presta não.

COMENTÁRIO

No cuidado com a alimentação no período do resguardo, enfatiza-se o consumo de frutas. As recomendações sobre este consumo dependem da classificação dos alimentos em geral (carregadas, pesadas, ácidas).

Existem também variações no que se refere às espécies de frutas, como é o caso da banana. Alguns tipos de banana são recomendados, outros não.

Quadro 7.4

IC – Alimentação no resguardo da mulher que “levou ponto”

DSC

Se a mulher pegou ponto, não vai poder comer todo tipo de alimentação. Mulher que leva ponto não pode comer essas comida pra não estragar os ponto. Tem que comer carne de gado até os ponto cair, que é pra não inflamar. Se inflamar, poca. Tem que ser uma comida que não seja inflamável pra não ficar uma mulher com escorrimento, com inflamação.

A mulher que leva ponto não pode comer galinha com o couro, tem que ser sem o couro, porque o couro ele tem colesterol, é inflamatório, a gente dá sem o couro, tanto a de capoeira como a de granja, a de granja ainda é pior.

Ela operada, ovo duro é bom demais, porque ajuda a cicatrizar, isso aí é muito aconselhado pelos médicos. Ele duro é bom cicatrizante, mas ele deixa um bafo na mulé de resguardo, a menstruação fede muito; o sangue fica uma catinga muito ruim mesmo.

Por uma parte, o ovo duro, ele é bom, porque cicatriza rápido, mas ele deixa esse mal-estar na pessoa.

COMENTÁRIO

A recomendação dietética se diferencia quando, no momento do parto, a mulher necessita “levar ponto” (sutura) ou quando ela é operada (cesariana). As concepções sobre os alimentos, que podem desencadear processos inflamatórios, influenciam nessa recomendação.

Observa-se no discurso sobre os alimentos recomendados para o processo de cicatrização, que os saberes empíricos, baseados na observação do corpo, prevalecem sobre os saberes transmitidos pelo sistema médico oficial.

Quadro 7.5

IC – Dieta no primeiro resguardo e o sexo da criança

DSC

Se ela tiver costume, pode comer tudo, pode comer um inhame, pode comer uma macaxeira, dependendo do costume que ela tem do primeiro filho.

Ela não pode o que ela não comeu do primeiro ela comer do segundo. Se não comer do primeiro tudo isso, dos outro não pode comer.

Do primeiro filho é pra acostumar, porque se alguém quiser fazer mal, não faz. Se o primeiro filho foi mulher, aí ela comeu inhame, mas não comeu macaxeira, comeu feijão, mas não comeu cuscuz, o segundo é homem, ela marca o que ela não comeu do primeiro, ela pode comer do segundo, mas se o segundo for mulher de novo, ela não pode comer.

O pirão de galinha com oito dias come que é pra ir acostumando, come o feijão, agora somente pouquinho, não é muito não...

COMENTÁRIO

A dieta no primeiro resguardo e o sexo da criança, fundamentados em saberes empíricos, influenciarão no cuidado referente à alimentação da mulher de resguardo.

Quadro 7.6

IC – Antigamente era assim...

DSC

Hoje come tudo, a mulher não tá guardando nada disso, já foi o tempo de ter um resguardo bem cumprido., antigamente só comia pirão branco, mexido.

Ainda tem pessoas da antigüidade que não quer comer um arroz, quer comer um pirão de farinha no fogo mexido, como se fosse um cozido. Esse pessoal velho, antigo, é assim são essas coisas.

Mas, eu ainda acho que tava direito, porque antigamente as mulé... ninguém via mulé sofrendo em casa, mulé com inflamação, mulé com dor no pé-de-barriga, ninguém via mulé com nada, antigamente ninguém via, era aquelas velha, era forte medonha, dançava a noite todinha, corria, trabalhava, ninguém não via elas dizer ‘eu tô com o pé-da-barriga doendo’.

COMENTÁRIO

Sugere-se no DSC que as normas do resguardo atuais são mais flexíveis que às normas de antigamente. E são as próprias mulheres que optam por isso. Entretanto cumprir as normas do resguardo associa-se com a perspectiva de ter saúde na velhice, prevalecendo a idéia de prevenção. Neste discurso a saúde está ligada à ausência de dor, à fortaleza, alegria e disposição física.

Quadro 8

IC – Problemas no resguardo – Quebra de resguardo

DSC

Se a mulher de resguardo teve uma preocupação, um susto, uma raiva, um medo, até mesmo um sonho ruim vai dar um inchaço na barriga, uma dor-de-cabeça, dores nas pernas, dores na coluna, que muitos chamam resguardo quebrado. O sangue sobe pra cabeça, se a pessoa não se cuidar, endoia. Dá loucura, tem pessoas que fica até com problemas psicológicos.

Você fica doente, fica com aquele problema, que nunca mais tem cura, é aquela doença.

Agora, tem que providenciar logo chá da folha da pimenta malagueta. Pra isso nós temos remédio, as folhas da pimenta malagueta batida na água, a pessoa dá e tira aquele excesso. Se não, você vai levar ao médico e faz a medicação. Se não tomar um certo cuidado, fica louca ainda.

Quando a pessoa quebra o resguardo perde a saúde, nunca mais tem saúde, é assim...

COMENTÁRIO:

O DSC mostra que as causas da quebra de resguardo estão relacionadas a fatores psicológicos originados de causas sociais e afetivas. É um problema que tem sua explicação alicerçada em saberes populares.

Observa-se na fala, que para o tratamento deste problema utilizam-se recursos terapêuticos populares, embora também se reconheça a existência dos recursos do sistema médico oficial.

CAPÍTULO IV

REFLEXÕES SOBRE A FALA SOCIAL DAS AGENTES

Neste capítulo analisamos o Discurso do Sujeito Coletivo das agentes de saúde do Assentamento. O dom, a reciprocidade, o acompanhamento pré-natal, a assistência ao parto, o puerpério e o cuidado são considerados elementos fundamentais na mediação entre os sistemas formal e informal de saúde realizada pelas agentes de saúde.

4.1 Uma caracterização das agentes de saúde

Das agentes entrevistados, a maioria era agentes informais e populares de saúde – rezadeiras, benzedadeiras e parteiras. Pessoas que não se consideravam como agentes de saúde, mas eram procuradas pelos assentados pelos seus conhecimentos e práticas em saúde e exerciam de fato as funções de agente de saúde.

O setor informal de saúde está baseado em uma medicina que todo mundo conhece e que comumente é denominada medicina popular. É um conhecimento bastante difuso e faz parte do conhecimento de todas as agentes independente de serem formais e informais. Sobre as agentes informais Vasconcelos (1991) cita que *“são pessoas que costumam exercer sua atividade profissional e, de vez em quando, orientam alguém quando procuram”* (Vasconcelos, 1991,123).

Quanto ao gênero, as agentes do nosso estudo eram na sua grande maioria do sexo feminino, somente um era do sexo masculino. Responsável pelas obrigações do dia-a-dia, é a mulher, dona de casa, que convive mais próxima das precárias condições de vida das classes populares. Obrigada a se virar com tão poucos recursos tenta *“aproveitá-los ao máximo para manter um nível de saúde suficiente para a sobrevivência de todos”* Executar tantas funções com o mínimo de recursos *“exige a elaboração de criativas estratégias e de um elaborado saber em saúde”* (Vasconcelos 1991,126).

A idade das agentes entrevistados variou entre 27 e 62 anos. Com relação à escolaridade, quatro sabiam ler e escrever e destes, só dois tinham chegado até à “quarta série” do ensino fundamental. Os demais não sabiam nem assinar o próprio nome. Isto dificultava a participação destes em cursos de capacitação. Um dos principais motivos citados era a “vergonha” em participar, sem saber ler, de cursos de formação onde se usavam textos.

No entanto, foi observada que a escolaridade não tinha muita relação com o reconhecimento destas agentes perante a comunidade. A citação de David (2001) expressa bem esta questão:

“...não eram, absolutamente, aqueles que tinham mais escolaridade e haviam cursado o auxiliar de enfermagem os melhores agentes na comunidade – os mais queridos pela comunidade, os mais procurados, eram aqueles que melhor conheciam seu ambiente e aqueles que efetivamente procuravam resolver os problemas e buscar transformações na sua realidade” (David, 2001, 66).

Em termos de religião, na comunidade estudada, as agentes eram “crentes” pertencentes à Assembléia de Deus e “católicos não-participantes” porque não havia missas no assentamento.

As agentes se auto-classificavam cotidianamente, em uma divisão estabelecida no assentamento entre os “antigos moradores”, aqueles que já moravam na fazenda antes da ocupação e os “Sem-terra” aqueles que foram os ocupantes da terra. Para as questões técnicas do INCRA e outros órgãos oficiais todos se denominavam “assentados”.

Com relação ao último local de residência, as agentes ocupantes da terra, vinham dos municípios alagoanos de Matriz de Camaragibe e Barra de Santo Antônio. Antes trabalhavam no corte da cana, com exceção de uma senhora que era proprietária de uma “venda”⁶. As agentes que eram “antigas moradoras”, antes de morar no “engenho” eram provenientes de municípios circunvizinhos tanto de Alagoas, quanto de Pernambuco. Antes trabalhavam para a Usina, seja no corte de cana ou como apontador, com exceção de uma que trabalhava como funcionária da prefeitura.

Com o processo de Reforma Agrária, agora todos eram considerados “pequenos agricultores”. Trabalhavam nos seus próprios lotes. Cultivavam mandioca, milho, maracujá, inhame, macaxeira etc.

⁶ Termo muito usado no estado, para denominar a venda de mercadorias na própria residência.

Vale destacar aqui o contexto social no qual estas agentes se inserem. Na época das entrevistas, o grupo de agentes deste estudo se caracterizavam pela transição social em que se encontravam. Eram assentados rurais, que no dizer técnico, citado por Neves (1998), são pessoas em processo de constituição como produtor agrícola mercantil e proprietários de terra. O processo de assentamento se constitui num conjunto de ações pelas quais os indivíduos vão incorporando recursos materiais, sociais e simbólicos que possibilitam novas aquisições da nova posição (Neves, 1998).

Neste processo de mudança social faz-se presente uma reestruturação do passado e do futuro, ocorrendo uma incorporação e recriação de novas condições de vida que vão sendo estruturadas a partir da reorganização das condições do passado (Neves, 1998).

Qual a relação deste contexto de mudança social nas práticas de saúde das agentes?

Como já citado, o grupo era composto pelas agentes “antigas moradoras da fazenda” e as agentes “sem-terra”. O adjetivo “antigo” estava relacionado somente ao fato de já morarem na fazenda antes da ocupação, independente do tempo de moradia no local, que poderia ser de cinco anos, dez anos ou trinta anos. Percebeu-se que ser ‘antigo morador’ do local era um tipo de legitimação e status social. Aparentemente esta comunidade era caracterizada como uma comunidade calma, “*um dos assentamentos mais tranquilos*”, mas ao penetrar no cotidiano do assentamento percebeu-se que existiam conflitos que eram obscurecidos pelos entrevistados.

Um deles vigorava entre os “Sem Terra” e os “Antigos Moradores”. Os primeiros se sentiam discriminados pelos segundos e os acusavam de não reconhecerem de que a posse da terra tinha ocorrido em consequência da luta deles. Os “Antigos Moradores” se diferenciavam pelo fato de já terem estabelecido uma rede de relações na comunidade, em outros assentamentos próximos, e com as pessoas representantes dos poderes municipais (tanto de Maragogi quanto dos municípios vizinhos). Isto é evidenciado nos relatos. Em um caso era um médico conhecido em São José da Coroa Grande - Pe, que facilitava o encaminhamento de pacientes pela agente. Em outro era o conhecimento da esposa do prefeito que servia como uma espécie de livre acesso para alguns serviços.

Uma outra característica estava relacionada ao tempo de permanência no local. O fato de que os “Antigos Moradores” se conhecerem por um maior período de tempo

favorecia o estabelecimento de uma rede de relações em torno da saúde. Era a parteira que já tinha participado do nascimento de muitas pessoas da comunidade. Era a agente que tinha acompanhado tanto o parto quanto o resguardo de muitas mulheres. Essa mesma agente já tinha socorrido muitas crianças nos seus problemas de saúde. Como o tempo de permanência no local das agentes “antigas moradores”, era entre quinze a vinte anos, provavelmente estes já estavam cuidando de uma segunda ou terceira geração.

Todos estes fatores influenciavam no reconhecimento da prática das agentes pela população. Observa-se no depoimento de uma agente proveniente da ocupação de terra, a inibição causada pelo seu pouco tempo de permanência. Esta inibição era contornada pela eficácia nos tratamentos.

“... naquela época, eu era novata aqui, muita gente não acreditava, hoje tão procurando muito mais porque o pouco que veio viu resultado, hoje procuram mais...”

Em termos de saúde, a proposta do MST para contornar estes conflitos, era a organização do Setorial de Saúde. Aquelas pessoas que mais se identificavam com a saúde eram responsáveis no assentamento por este setor, independentes de serem Antigos Moradores ou Sem-Terra, participavam de curso de formação sobre plantas medicinais, DST-Aids, aleitamento materno entre outros. Nestes cursos, além da parte técnica específica de saúde, havia a ‘Mística’, um momento que trabalhava ludicamente valores e formação política.

Também através do Setorial de Saúde, as agentes se organizaram em torno da construção da horta de ervas medicinais e farmácia básica. Através do MST, participam do projeto “Farmácia Viva”, convênio entre o movimento e o Ministério da Saúde assessorado pelo Instituto de Tecnologia em Fármacos Far-Manguinhos da FIOCRUZ. Para Vasconcelos (1991,124):

“Estas formas de organização criam uma solidariedade dentro da comunidade, uma interação maior entre as pessoas e um avanço do seu conhecimento médico. Esses grupos(...) podem ser o núcleo onde os problemas locais de saúde são discutidos”.

No que se refere a relação entre as agentes e o sistema oficial de saúde percebemos que embora as agentes (especialmente os institucionalizados) atuem como

“representantes” da medicina formal na comunidade parece acontecer um certo distanciamento entre serviço de saúde e eles. Infelizmente não foi possível neste estudo verificar as representações dos profissionais de saúde sobre o trabalho das agentes e sua relação com eles.

Observamos, no período do trabalho de campo, que no cotidiano, o agente tinha que se virar sozinho para atender a comunidade. Não tinha a presença do profissional de saúde no assentamento. Desde a implantação do projeto de assentamento, eles relataram que o médico da Secretaria Municipal de Saúde, só visitou o assentamento duas vezes. E nestas duas visitas as consultas realizadas eram para todos, independente de faixa etária. Como disse uma entrevistada “*era homem, mulher, criança todos querendo se consultar*”. Houve um pouco de tumulto nestas visitas, reflexo do pouco acesso desta população ao serviço médico.

A relação entre o agente e o profissional de saúde parecia ocorrer somente nos primeiros cursos de capacitação na contratação do agente ou nas reuniões para verificar (cobrar) os números da produtividade do agente. Lembramos Solla, Medina e Dantas (1996) quando advertem que “*a supervisão não deve ser compreendida enquanto um processo burocrático-fiscalizador. A sua ação prioritária não passa pelo mero controle da produtividade do agente*” (1996, 13).

Vale esclarecer que estas observações ao sistema oficial foram feitas a partir da fala das agentes e algumas críticas foram feitas em particular. Talvez essas críticas poderiam ser feitas abertamente se a pesquisadora não fosse vista como uma pessoa “de fora”.

4.2 O dom e a reciprocidade

As pessoas que discursaram sobre o parto eram todas mulheres e entre elas só uma se considerava ‘parteira’, as outras não se consideravam como tal, apesar de que já haviam realizado partos. Realizavam partos, “*pegavam crianças*”, por causa da necessidade. Muitas vezes as mulheres as procuravam “*quando estavam sofrendo para ter menino*”, porque não existia uma parteira disponível e a maternidade era distante.

Essas agentes (inclusive a ‘parteira’) nunca participaram de cursos de formação ou capacitação específica para o parto. Algumas se referem à sua prática como a “*dons recebidos de Deus*”, como a justificar a falta da capacitação técnica formal.

Sobre a invocação à providência Divina referida pelas parteiras de Nova Iguaçu, Loyola (1984,118) comenta:

“Por outro lado, embora a invocação e a providência divina e o recurso a simpatias ou a forças naturais estejam presentes na prática das parteiras...constitui sobretudo, uma ajuda nos momentos difíceis, ou meio de garantir o êxito de sua intervenção puramente técnica”

O dom, que é sempre ressaltado no discurso, é considerado por Boltanski (1979), como uma forma de legitimação da prática daqueles que não tiveram oportunidade de freqüentar o ensino formal, seria uma forma de substituição da formação acadêmica, é a graça Divina que capacita as agentes para a prática de saúde,é esta formação acadêmica que difere os profissionais de saúde das agentes populares.

No caso de algumas agentes, no dom proveniente da graça divina, cria-se uma representação do “escolhido”, da pessoa especial que recebeu um determinado dom. Algumas frases expressam isso - *“é um dom que eu tenho”*, - *“foi um dom enviado por Deus”*.

Talvez por causa dessa ligação, do dom oriundo da graça, as agentes (com exceção os vinculados a SMS e Associação) não recebem financeiramente por seus trabalhos. Existe quase uma regra estabelecida pela não cobrança e que poderá se fundamentar na interpretação bíblica do trecho abaixo:

“Curai os doentes, ressuscitais os mortos, purificai os leprosos, expulsais os demônios De graça recebestes, de graça deveis dar!” (Mt 9, 8)

A palavra graça para eles tem um duplo sentido a graça enquanto dom divino e a graça relacionada à gratuidade. Receber dinheiro pelas práticas seria uma espécie de transgressão a norma. Entretanto, apesar de não receberem dinheiro pelos serviços prestados, podem receber alguma retribuição ou uma ajuda material que não seja financeira. Esta ajuda pode ser roupa, comida, animal entre outras coisas. A retribuição estaria inscrita numa regra de reciprocidade tácita que, ao agradecer a graça recebida reconhece também, neste mesmo ato, o dom da parteira?

Vasconcelos (1991,121) coloca a grande responsabilidade que assumem as mulheres parteiras, impulsionadas sentimentalmente pela solidariedade, vocação e outros sentimentos:

“ser parteira é algo que não dá rendimentos financeiros significativos e sim algo de grande responsabilidade e sacrifício...as pessoas que resolvem ser parteiras o são por um sentimento de solidariedade e por vocação.”

Algumas agentes, em seus depoimentos, se reportam a casos de partos que realizaram e relatam suas histórias. São histórias pessoais. Estas histórias mostram as relações sociais envolvidas nesse momento, como por exemplo era uma amiga ou vizinha que estava precisando de parteira e não tinha quem a socorresse, eram intrigas com outras parteiras, entre outras.

4.3 O Atendimento Pré-Natal em Maragogi

No DSC, foi referido que muitas mulheres optam pelo atendimento nos municípios pernambucanos circunvizinhos. De acordo com os dados do relatório de gestão do município de Maragogi no ano 2000, 45% dos nascimentos ocorreram em território pernambucano. Para o relatório, esta ocorrência é consequência da proximidade com os municípios de Barreiros, São José da Coroa Grande, Palmares e Recife que oferecem mais serviços.

A explicação que aparece no DSC, está relacionada ao fato do serviço municipal referente ao pré-natal ter sido organizado recentemente “*Antes não havia pré-natal na cidade de Maragogi, as gestantes tinham que procurar outros locais*”.

Ainda de acordo com o relatório, no que se refere ao Pacto dos Indicadores da Atenção Básica, observou-se um percentual de 46% de parturientes com cobertura pré-natal⁷ (consulta médico/enfermagem). Desde percentual cerca de 28% tinham feito quatro ou mais consultas pré-natal, revelando resultados bem abaixo do apresentado pelo Estado de Alagoas, respectivamente 70,7% e 62,6% (Maragogi, 2000).

Na apresentação dos indicadores avaliados no referido relatório, apenas 20% destes indicadores não atingiram o valor pactuado, destes 20% a metade era relativa aos indicadores obstétricos, indicando assim a dificuldade de acesso por parte dos usuários (Maragogi, 2000).

A partir dos dados apresentados no relatório de gestão da SMS de Maragogi (2000), refletimos com David (2001), quando esta faz algumas observações sobre resolubilidade. Segundo a autora uma das formas de se medir a resolubilidade se refere ao uso de indicadores epidemiológicos e ao estabelecimento de metas a serem cumpridas nas ações de Saúde Pública. Estas ações são previamente pactuadas entre os gestores municipais, o Estado e o Ministério da Saúde. Este acordo denomina-se pacto dos indicadores da atenção básica.

As metas estabelecidas neste pacto significam “*muito mais uma tarefa burocrática do que uma forma de garantir bom atendimento*”. Diante disto, a autora cita a necessidade de uma “*estruturação de um sistema de acompanhamento e avaliação*”.

⁷ Cobertura pré-natal é a relação entre o número de gestantes que tiveram acompanhamento pré-natal e o número de partos.

dinâmico, prerrogativa do nível estadual do SUS, que consiga perceber in loco as dificuldades dos municípios e seus gestores” (David, 2001, 26).

Outra forma de se avaliar a resolubilidade é considerar as condições de acesso tanto para os serviços quanto às condições que as pessoas possuem para acessá-los.

“No primeiro caso, fatores como número e distribuição dos serviços, distâncias, número de pessoas adstritas, meios de transporte e rede viária entram em pauta. No segundo caso – o que considera as facilidades ou dificuldades que a população possui para chegar, acessar os serviços e obter seu atendimento – podem entrar na discussão questões voltadas para as formas de relacionamento entre população e serviços (numa perspectiva coletiva), ou entre médico e paciente (numa ótica individual), tomando-se como meta que a esta população ou pessoa possa estar sendo concedido o direito de vocalizar suas demandas e necessidade.” (David, 2001, 26).

Ainda citamos David (2001) quando esta ressalta que:

“Quando se olha esta questão na perspectiva de que os serviços devem garantir a presença da população ou cliente como sujeito ativo no processo direcionado à resolução de um problema de saúde, vale ressaltar que pequenos detalhes corriqueiros do dia-a-dia dos postos, como a colocação ou não de cartazes auto-explicativos, ou a presença de uma pessoa qualificada na triagem, são pontos que dificilmente entram nas discussões, mas que terminam por se constituir em impedimento ao acesso, e são motivo de queixas frequentes por parte dos usuários” (David, 2001, 26).

Sobre a assistência pré-natal, vale lembrar que o Ministério da Saúde (2002) preconiza algumas condições básicas para a organização da assistência, como:

- discussão permanente com a população da área sobre a assistência pré-natal;
- identificação precoce de todas as gestantes na comunidade e pronto início do acompanhamento pré-natal
- acompanhamento periódico e contínuo de todas as mulheres grávidas e
- sistema de referência e contra-referência eficientes, com o objetivo de garantir a continuidade da assistência em todos os níveis do sistema.

O alcance da qualidade da assistência à mulher no período reprodutivo, relaciona-se com o direcionamento de ações que visem uma melhoria qualitativa e quantitativa da assistência pré-natal (Gualda et al 2002).

O acolhimento da gestante e a discussão permanente com a população da

área sobre a assistência pré-natal preconizados pelo Ministério da Saúde (2000) na organização dessa assistência são importantes na melhoria qualitativa da mesma. Contudo, devem ser considerados os princípios e a metodologia utilizada nessa discussão entre profissionais de saúde e comunidade, como por exemplo, a valorização do saber das mulheres integrantes das classes populares, o reconhecimento de suas condições de existência e o uso de uma metodologia que valorize o saber popular articulado com o saber técnico. Saber ouvir e querer compreender são requisitos básicos para esta discussão.

No quadro 1.1 percebe-se, por parte das agentes, uma culpabilização das mulheres pela não procura dos serviços. Se a gestante não busca o atendimento formal, ela não está “querendo a saúde”, “não está se cuidando”. A saúde da gestante gira em torno da responsabilidade desta em procurar o serviço. É como uma individualização da culpa para explicação de uma prática coletiva (Valla, 1998).

Se por um lado, no DSC é imposto um peso de responsabilidade sobre a mulher em “não querer a sua saúde”, por outro, há um reconhecimento do controle exercido pelos maridos que “proíbem suas mulheres” de irem ao Centro de Saúde.

Vale ressaltar, nesse caso, a relevante interferência do “machismo” no que se refere ao acesso aos serviços de saúde. Ir para cidade abre caminho para a busca de autonomia. Autonomia esta, que leva a mulher para fora do controle exercido pelo marido, pela rotina da casa e pelos olhos vigilantes da vizinhança. É um controle exercido em nome da honra do marido, pelo grupo social que assim pactua o controle generalizado sobre as mulheres. O ir para cidade também representa o risco de descobrir coisas outras que escapam a possibilidade do marido suprir. Esta coerção social é também moral e isso tem conseqüências bastante graves sobre a saúde.

As agentes reconhecem a importância da organização coletiva para o aumento do acesso ao pré-natal por parte da gestante. Tanto os papéis do agente quanto do MST são referidos como elementos importantes para o incentivo do acompanhamento do pré-natal (Quadro 1.2).

Para Solla, Medina e Dantas (1996, 09) na ampliação da atenção pré-natal, os Agentes Comunitários de Saúde - ACS desempenham um papel central, “*identificando precocemente, orientando, encaminhando e acompanhando as gestantes em sua área de atuação*”. Os autores ainda complementam que “*também a rede de serviços de saúde*

precisa estar preparada para atender a essa demanda assegurando o suporte necessário à atuação do ACS”.

Percebeu-se no DSC que a qualidade do serviço não é posta em discussão quando se refere à assistência pré-natal do município de Maragogi. Como já discutido anteriormente, as agentes, enquanto elo entre o serviço e a comunidade acaba assumindo em suas falas a desqualificação do saber popular, incorporando o monopólio do saber técnico que põe em o segundo plano o saber acumulado da classe trabalhadora e sua capacidade de organizar e sistematizar pensamentos sobre a sociedade (Valla, 1998).

É importante discutir o porquê das agentes valorizarem em suas falas o serviço formal, especificamente no caso do pré-natal, em detrimento do saber popular. Isso se dá, talvez, porque são pessoas que estão buscando sair da “margem“, devido a desvalorização que lhes é imposta, embora exerçam um papel de mediação entre os diversos saberes. Sair da “margem” significa lutar para serem aceitos, valorizados, inclusos, enfim reconhecidos, tanto pela comunidade onde moram e trabalham, como pelo sistema formal de saúde.

4.4 Os cuidados no parto

A partir do Discurso do Sujeito Coletivo sobre o parto, percebe-se que para as agentes, este momento engloba os aspectos relacionados aos cuidados necessários neste período, casos difíceis e principais problemas no parto. Sentimos a necessidade de discorrer também sobre a assistência ao parto, a fim de melhor compreender esta realidade.

4.4.1 Assistência ao Parto

Leal & Viacava (2002) em um trabalho sobre maternidades do Brasil, comentam que o número de partos hospitalares no Brasil vem crescendo nos últimos anos, sendo este tipo de atendimento predominante no país. Os autores enfatizam a necessidade de se considerar as diferenças regionais e estaduais relacionadas à oferta e qualidade dos serviços de atenção ao parto. Entretanto estas diferenças são menores quando comparadas com as ofertas de leitos para outras necessidades de saúde. O que seria um reflexo das políticas especialmente dirigidas ao grupo materno infantil no intuito de reduzir a mortalidade infantil (Leal e Viacava, 2002).

De acordo com o estudo de Leal e Viacava (2002) foi constatado que as áreas do interior têm piores performances na atenção ao parto quando comparadas as capitais.

“De todas as áreas, o interior tem pior performance. Há uma grande quantidade de estabelecimentos de saúde de pequeno porte e grande oferta de berços, mas os serviços estão muito mal equipados para atender minimamente as demandas da clientela, tanto na perspectiva da estrutura física e dos equipamentos quanto do pessoal técnico qualificado” (Leal e Viacava, 2002, 23).

Em um estudo sobre a *Análise Situacional do Atendimento Obstétrico e Perinatal no Estado de Alagoas* promovido pela Unicef (2002), foram observadas falhas nos três níveis de atenção a saúde da gestante e o recém-nascido em grande parte das unidades que caracteriza o Estado como de risco heterogêneo“, *com regiões com assistência regular e outras sem nenhuma assistência . “*

Com relação a esta assistência no interior do Estado foram referidos alguns obstáculos, entre elas, insuficiência de recursos humanos, falta de reciclagens periódicas, insuficiência de equipamentos, estrutura física e dificuldades administrativas

e políticas. Estas dificuldades decorrem de baixos custeios, desvios de verbas e ingerências políticas (Unicef, 2002).

Outros dados da pesquisa (Unicef, 2002) mostram a absorção das parteiras pelos serviços de saúde, onde em 76,4% dos serviços⁸, a evolução do trabalho de parto era avaliada pela parteira sendo esse índice maior nas casas maternas, que dessa forma cumpre sua função de simplificação, humanização e baixo custo de assistência relativa ao parto normal.

As parteiras acabam por assumir as atividades relativas aos médicos e enfermeiras obstetras devido à insuficiência destes profissionais, nas unidades municipais de saúde de atenção a gestante e RN. De acordo com o referido estudo esta carência de profissionais deve-se a falta de uma política salarial harmônica entre os poderes federal, estadual e municipal (Unicef, 2002).

No que diz a assistência ao parto, o ideal para a nossa realidade é que ocorresse a integração entre as várias alternativas de saúde e que fossem valorizados tanto as parteiras, auxiliares de enfermagem quanto os médicos, enfermeiras obstetras visto que a importância dos mesmos na melhoria da qualidade do atendimento e humanização do parto.

4.4.2 Os procedimentos no parto

A partir do DSC sobre os procedimentos do parto ficou claro que os cuidados exigidos neste momento são responsabilidades da pessoa que vai auxiliar nesse processo. Embasadas pelos conhecimentos populares, adquiridos através de suas práticas, as parteiras diagnosticam e interpretam situações relacionadas ao parto. Como por exemplo, a posição fetal:

“Eu faço um exame para ver se o menino tá normal, se tá de mau jeito. Se ele tiver normal aí no exame a gente conhece. É o exame local. No exame a gente conhece se ele tá perto, se tá longe, se vai demorar, se vai nascer logo. No exame, aí nós conhece” (Quadro 3).

⁸ Os serviços deste estudo foram classificados em casas maternas; unidades primárias, secundárias e terciárias. Casas maternas prestam atendimento sem restrições à demanda espontânea e não realizavam partos cesarianos; unidades primárias são aquelas com organização de serviços prioritariamente dirigidos ao parto normal e primeiros cuidados ao RN normal; as unidades secundárias têm capacidade de realizar o parto cesariano de urgência e unidades terciária capacidade para parto cesariano com 100% de resolução.

Como já discutido, no início do capítulo, o dom e a providência divina também são sempre ressaltados como fatores que vão contribuir para a prática das parteiras.

No parto domiciliar, de acordo com o Quadro 3, são utilizados alguns recursos terapêuticos de natureza expulsiva, dolorosa, laxativa e analgésica. Nota-se uma complementaridade entre o uso de recursos caseiros e recursos alopáticos.

Tanto chás quanto os analgésicos aliviam a dor, mas a especificidade do analgésico traz uma maior segurança para o agente. Neste discurso é evidenciada uma tensão entre os dois saberes que embora complementares, naquele momento se tornam excludentes. Essa exclusão ocorre usualmente em favor dos saberes expressos pela biomedicina.

“As vezes tem chá que a pessoa dá e passa a dor. Mas não é todo o chá que pode dar. O chá, tem que ser aquele chá, aquele mato, um chá que passe aquela dor. É melhor dá uma dose ou um comprimido, é melhor, porque ás vezes a pessoa dá um chá e nem sabe que prejudica.”

Observa-se ainda no DSC, que alguns procedimentos utilizados no parto, como o não uso de luvas e a falta de esterilização de tesoura para o corte do cordão umbilical ocorrem por causações que extrapolam as próprias limitações da parteira. Estes procedimentos não podem ser interpretados apenas como consequência de “ignorância”. O significado que esse discurso detém reside em apontar a lacuna deixada pelo Estado no que se refere a assistência ao parto nas áreas rurais. Essa lacuna é evidenciada pela falta de apoio financeiro, técnico e de recursos materiais para as agentes populares que atuam nesta prática de “*pegar crianças*” façam com um menor risco possível para a mãe e o filho.

4.4.3 Casos de perigo

No DSC (quadro 4) observa-se alguns casos de perigo “*Caso ás vezes, o menino tá de mau jeito, as vezes tá colado, ás vezes é caso de cesário, ás vezes dá hemorragia*”, tendo a necessidade da gestante ter que ser “*transportada*”. Nesses casos, a parteira não faz o parto, a responsabilidade do mesmo deverá ser do hospital. As opções de transporte para a gestante, possíveis no Assentamento é um caminhão que faz o serviço dos assentados, por pertencer a Associação e uma “*kombi-lotação*” de propriedade de um dos moradores locais. Na maioria das vezes, a gestante é transportada para as

idades de São José da Coroa Grande ou Barreiros ambas em Pernambuco. Este transporte geralmente é feito a custo de muitas dificuldades, seja pela disponibilidade dos carros ou pela distância entre o Assentamento e o hospital.

De acordo com Correia e McAuliffe (1999) uma estimativa de cerca 20% dos partos apresentam alguma complicação com vários graus de severidade, estes são os “*casos de perigo*” referidos pelas agentes. Esses casos podem estar ligados diretamente ao parto ou refletem problemas da gestação que não foram devidamente prevenidos e/ou controlados.

Ainda, segundo Correia e McAuliffe (1999), as principais complicações e intercorrências clínico-obstétricas são hemorragias na gravidez (seja por abortamento, gravidez ectópica, placenta prévia, descolamento prematuro de placenta), doença hipertensiva na gravidez (eclâmpsia e pré eclâmpsia), parto prematuro, diabetes, distúrbios nutricionais, entre outras.

Para diversas intercorrências obstétricas se busca às cesarianas. A cesariana tem indicações específicas e considerando estas indicações pode salvar vidas tanto da mãe quanto do concepto. Entretanto, de acordo com a CPI da Mortalidade Materna, as cesáreas são muito usadas sem critérios técnicos, “*atendem apenas as conveniências da equipe de saúde ou da parturiente*” significando riscos (infecções, hemorragias, problemas anestésicos) para a gestante e feto (Ministério da Justiça, 2001).

4.4.4 Problemas do parto

Um dos problemas do parto explicitado no DSC foi o “parto com rabo”. O contato da gestante com alguma “*corda*” ou “*animal com cauda*”, apresentados no quadro 2 são responsáveis por este problema de saúde. Na fala, observa-se uma explicação da causa da doença pela idéia de semelhança de fatos corriqueiros com os transtornos do parto. Passar por cima, atravessar ou “enguiçar” qualquer animal com cauda será causa do aparecimento do problema.

A fase de delivramento ou secundamento é uma fase natural que se processa após o nascimento e é caracterizada pelo “*deslocamento, descida e expulsão da placenta e de suas páreas para fora das vias genitais*” (Rezende, 1995, 202). O deslocamento da placenta é considerado um fenômeno normal, mas a expulsão nem sempre o é. Às vezes faz necessária intervenção da parteira ou do obstetra para a retirada.

É esta retenção da placenta que as agentes chamam de “parto com rabo”. Se por um lado, a responsabilidade da causa deste problema está na gestante que deveria ter evitado alguns contatos, por outro se observa que existe uma responsabilidade também da parteira. Esta deve estar bastante atenta à mulher nas primeiras horas após o parto. Se a retenção persistir pode ser causa de infecção. Em um livro técnico de obstetrícia (Rezende, 1995) encontramos a mesma recomendação: “*A vigilância do parteiro, ao lado da mulher, surpreende e corrige, com oportunidade, quaisquer desvios do mecanismo fisiológico do secundamento e do 4º período*”⁹. O autor cita ainda: “*Sabem os experientes, diante das complicações hemorrágicas, que a espera é prejudicial e complica até os casos mais simples*” (Rezende, 1995, 518).

A representação da infecção presente no DSC associa-se com o que foi explicitado por Boltanski (1984):

“A infecção é o que se pode ver na ferida aberta, é a umidade do pus misturado com sangue. Daí a representação particularmente tenaz da doença como uma podridão, como uma podridão na parte externa do corpo, mas também dentro, podridão dos lugares obscuros e úmidos. Assim, de acordo com esse esquema, os ossos, as entranhas, o próprio sangue pode decompor-se e apodrecer” (Boltanski, 1984, 82-83).

A representação do recurso terapêutico utilizado está relacionada com o que Laplantine (1991) denomina de representação “*medicinal ou ritual*”. Esta representação terapêutica mantém uma relação inversa com a representação causal. Quando o DSC aponta a utilização de recursos terapêuticos de natureza purgativa, mecânica ou simbólica baseada na concepção do “eliminar”, considera-se a etiologia da suplemetariedade, que tem como representação terapêutica a supressão.

⁹ Este quarto período consiste na fase fisiológica do parto, denominada pós secundamento imediato.

4.5 Puerpério, Resguardo

A fala das agentes do assentamento Massangana reforça a concepção de que o período puerperal é o período do resguardo, o período do cuidado e da atenção. *“Logo depois que a mulher descansa, tem o resguardo. As mulheres têm sempre o cuidado e os cuidados são os máximo”*.

Para um melhor entendimento do significado desse período para as agentes de saúde locais, refletiremos sobre as definições das palavras puerpério e resguardo.

Período puerperal, diz Larousse, *“diz-se aquilo que é próprio da mulher no período pós-parto”*. Segundo Aurélio Buarque de Holanda, **puerpério** é o *“conjunto de fenômenos que ocorre neste período”* também significa *“período que se segue ao parto até que os órgãos genitais e o estado geral da mulher retornem à normalidade”*.

Já, os termos Resguardo e Resguardar têm vários significados no referido dicionário. **Resguardo** é *“ato ou efeito de resguardar(-se). Tudo o que serve para defender, resguardar de perigo ou dano; defesa. Cuidado, precaução; prudência. Decoro, decência, recato. Segredo, mistério”*. Encontramos ainda no dicionário o significado antropológico do termo que consiste no:

“conjunto de práticas mais ou menos institucionalizadas, entre as quais se incluem geralmente restrições alimentares, abstenção sexual, redução das atividades diárias e isolamento físico e social, observadas durante determinado período por um indivíduo que se encontra em situação liminar. Recolhimento.”

Resguardar de *“re- + -es- + guardar”* tem como significados:

“Guardar cuidadosamente; defender. Servir de anteparo a; abrigar, acobertar. Guardar do frio, das inclemências do tempo. Guardar com cuidado e vigilância, para fugir a danos ou perigos; defender, proteger. Estar voltado para; defrontar com. Observar atentamente, cumprir, seguir, guardar”.

As agentes que acompanham a parturiente com seus cuidados e seus conselhos neste período, cumprem o papel de cuidadoras, valorizam a mulher compreendendo este período como um momento especial feminino. Os saberes populares são mais utilizados de uma forma mais abrangente neste período. Talvez, por isso, perceba uma maior autonomia das agentes em relação ao sistema oficial, já que o mesmo parece não dar conta das demandas e solicitações específicas da puérpera.

A mãe da puérpera desempenha um importante papel nos cuidados durante esse

período. De acordo com o DSC, esses cuidados maternos são cuidados especiais, pois traduzem o amor das mães concretizado pelo visível ato de cuidar de suas filhas. Eram comuns, relatos em que as agentes relembavam a presença da mãe em seus resguardos, “quando a gente tem mãe tudo é bom”.

4.5.1 A norma do resguardo e a tradição religiosa

Poderíamos dizer que o discurso coletivo sobre o resguardo também tem como concepção de fundo a questão religiosa. No antigo testamento no Livro de Levítico, encontra-se a lei ditada a Moisés sobre a mulher que deu à luz:

“Quando uma mulher der à luz um menino, será impura durante sete dias, como nos dias de sua menstruação... Ela ficará ainda trinta e três dias no sangue de sua purificação; não tocará coisa alguma santa, e não irá ao santuário até que se acabem os dias de sua purificação. Se ela der a luz uma menina, será impura durante duas semanas, como nos dias de sua menstruação, e ficará sessenta e seis dias de sua purificação... Tal é a lei relativa a mulher que dá à luz um menino ou uma menina” (Levítico, 12, 3-7).

Observa-se ainda nesta lei que a purificação da mulher é sancionada por um ritual de sacrifícios conforme suas posses.

“Cumpridos esses dias, por um filho ou por uma filha, apresentará ao sacerdote... um cordeiro de um ano em holocausto, e um pombinho ou uma rola em sacrifício pelo pecado. O sacerdote os oferecerá ao Senhor, e fará a expiação por ela, e será purificada do fluxo de seu sangue... Se as suas posses não lhe permitirem trazer um cordeiro, tomará duas rolas ou dois pombinhos, uma para o holocausto e outro para o sacrifício pelo pecado. O sacerdote fará por ela a expiação e será purificada” (Levítico, 12, 6-8).

Encontra-se também na Bíblia referências sobre o número de quarenta dias. Passagens, tanto no antigo testamento (como por exemplo: os quarenta dias de dilúvio e os quarentas anos do deserto), quanto no novo testamento (quarenta dias de Cristo no deserto e os quarenta dias entre o período da Ressurreição e Ascensão), são enfáticas em mostrar a associação entre períodos especiais e à idéia de quarentena.

Mateos & Camacho (1991) estudando os gêneros literários dos evangelhos, falam sobre o universo conceitual e simbólico destes livros e examinam as figuras e símbolos que os evangelistas herdaram do antigo testamento ou da cultura judaica e

suas modificações e adaptações. Neste contexto encontramos o simbolismo dos números entre eles o quatro e seus múltiplos, que exerceram e ainda exercem bastante influência para as sociedades de origem cristã:

“Um múltiplo quatro, em particular, “quarenta”, é usado como um número redondo para indicar totalidade ilimitada; por exemplo, uma geração ou a idade de uma pessoa (Gn 25, 20...); indica repetidas vezes períodos de tempo (Gn. 7,4: 2 Farei chover sobre a terra durante quarenta dias com suas noites”); é associado a longos períodos de sofrimento e com a duração de fases salvífico de Deus. Quarenta anos durou a travessia do deserto (Ex 16, 35: 2 “Os israelitas comeram maná durante quarenta anos, até que chegaram à terra habitada”). Quatrocentos anos equivalem a dez gerações (Gn 15, 13: “Tua descendência... terá que servir e sofrer opressão durante quatrocentos anos”) (Mateos & Camacho, 1991, 72-73).

O DSC sugere também a importância do número quarenta como um delimitador do período puerperal. *“O certo é quarenta dias porque os mais velhos falavam que até quarenta dias a cova da mulher está aberta, o corpo da mulher está aberto”*. Isso provavelmente indica a influência da tradição judaico-cristã em práticas populares de saúde.

4.5.2 A alimentação no período de resguardo

Observamos no DSC uma grande ênfase relacionada à alimentação do resguardo. São as mulheres, principalmente mães e avós, que são as principais responsáveis pela prescrição dietética desse período.

A elaboração dietética das agentes faz parte da alternativa informal de saúde. Nesta alternativa, incluem um conjunto de crenças sobre a conservação da saúde que normalmente são “*uma série de normas, específicas para cada grupo cultural, sobre o comportamento ‘correto’ preventivo de doenças em si e nos outros*” (Helman, 1994,72).

Segundo Helman, o alimento desempenha um papel central na vida diária, “*sendo notoriamente difícil modificar crenças e práticas alimentares, ainda que estas interfiram na obtenção de uma nutrição adequada*” (1994, 49).

O autor ainda ressalta a importância de compreender “*como cada cultura percebe seus alimentos, e como os classificam dentro de diferentes categorias*” (Helman, 1994, 49).

Para Kroeger (1989) a dieta tem uma elevada importância no tratamento da maioria das enfermidades. Esta afirmativa é enfática no sentido de que o profissional de saúde deve reconhecer e reforçar o uso adequado dos alimentos, dentro de um contexto cultural.

O DSC mostra-nos que a prescrição dietética neste período parece estar baseada no sistema de classificação dos alimentos (quente-frio, pesado-leve, carregados, reimosos, ácidos). Diante disso, buscamos em alguns trabalhos subsídios para entendermos melhor este sistema de classificação (Brandão, 1981; Queiroz, 1980; Queiroz, 1988; Hahold, 1988)

Brandão (1981) no estudo sobre o campesinato goiano, especificamente da Aldeia de São José de Mossâmedes, expõe que o lavrador classifica os alimentos de acordo com o reconhecimento de “*valores de relação/efeito com/sobre o corpo ou o equilíbrio biopsíquico do sujeito consumidor*” (Brandão, 1981, 106).

O autor citado acima ressalta que: “*O homem sofre mudanças em seu corpo e em seu equilíbrio de saúde segundo a comida que consome*” (Brandão , 1981, 106).

Acrescenta ainda que estas mudanças do equilíbrio do corpo são devidas “*ao que o alimento pode provocar, de acordo com um estado anterior de saúde, depois de ingerido*” (Brandão , 1981, 107).

De acordo com as reações que provocam no organismo, os alimentos são classificados em quente ou frio, forte ou fraco, reimoso ou sem reima (Brandão, 1981, 107).

Especificamente com relação ao sistema quente-frio, Queiroz (1988) definiu-o como uma forma de sistematizar certas propriedades curativas da natureza, relacionadas com as partes do corpo humano. Pode ser considerada como um tipo de ciência médica que explica as causas de muitas enfermidades e sugere formas de tratá-las e preveni-las.

O quente e o frio é apenas um parâmetro classificatório de um conjunto que compreende tanto o forte e fraco como o reimoso e descarregado. A lógica deste sistema consiste em administrar uma dieta básica em alimentos quentes, remédios quentes e calor para as enfermidades frias e vice-versa. Para Queiroz (1988), a lógica deste tratamento, significa que a enfermidade é considerada como um tipo de desequilíbrio.

Ainda de acordo com Queiroz, depois do parto a mulher é tratada como convalescente, administrando-se uma dieta de alimentos quentes e especiais, principalmente sopa de galinha, a fim de fortalecer e restaurar o equilíbrio de seu organismo. Entretanto o autor salienta: *“Em la practica, sin embargo, muchas comidas calientes tales como carne de cerdo, ciertos frijoles, vegetables aceitosos o cualquier alimento condimentado, non son recomendados”* (Queiroz, 1988, 59).

Os critérios usados para classificar os alimentos como quentes incluem uma intensa sensação de calor, maior valor nutritivo, digestão mais difícil, aumento da pressão sanguínea e uma tendência a atacar o fígado (Queiroz, 1988 pp.59).

Para o agente, o resguardo é considerado como um período fisiológico em que a mulher *“sente muita quentura”* e por isso eles não recomendam os alimentos quentes. *“Em que tudo que ela come cuscuz, aí esquenta mais”*. Observa-se ainda no DSC uma relação entre a capacidade do alimento quente em aumentar a pressão sanguínea:

“Têm pessoas que não se dá, tem pessoas que já teve derrame, é hipertenso e não gosta de comer fubá, por que com certeza ela é prejudicial. Eu não aconselho a pessoa comer milho” (Quadro 7.2).

Em um outro trabalho de Queiroz (1980), é citada a relação existente entre o tema da alimentação e a preservação da saúde nas diferentes formas de resguardos alimentares. O autor a define como uma forma de terapêutica secundária importante:

“(…) a classificação dos alimentos e do corpo humano entre quente e frio parece constituir um elemento-chave para se penetrar num dos aspectos da lógica popular sobre saúde-doença” (Queiroz, 1980).

Sobre as categorias pesado e leve, Brandão (1981) as associa com as categorias forte e fraco considerando-as como quase sinônimos:

“A comida forte é também a comida ‘pesada’: a) por que ela pesa no estomago, tem volume... b) por que se considera que o seu ‘peso’ não é suportado por pessoas com deficiências de aparelho digestivo. De sua parte, a comida fraca ‘não pesa’ no estomago; não faz volume e não faz mal” (Brandão, 1981, 115).

Para o referido autor, a comida fraca (leve) é mais adequada para as pessoas enfraquecidas, sejam elas crianças; velhos e doentes do aparelho digestivo; mulheres menstruadas ou de resguardo (Brandão, 1980).

O que é dito por Brandão, corrobora as recomendações acerca da dieta no período do resguardo apresentadas no DSC, “Batata doce é um alimento muito pesado para pessoas de resguardo” “tem que ser uma comida maneira, um arrozinho, uma carinha...” (Quadros 7.1 e 7.2).

Brandão (1980) estabelece oposições entre o forte e o fraco no que se refere a relação entre a pessoa e o alimento. Apresentamos estas relações no quadro no seguinte:

Quadro 9: Oposições entre o forte e o fraco relacionados a pessoa e a comida.

Comida	Comida forte	Comida fraca
Pessoa		
Pessoa forte	Bom (mantém a saciedade e a resistência para o trabalho)	Ruim (tira a “força” da pessoa fazendo-a perder as qualidades de forte)
Pessoa fraca	Ruim (“ofende” sobretudo o aparelho digestivo)	Bom (ajuda a recuperação de quem está doente e não ofende a quem está doente)

Brandão (1980) adaptado pela autora.

No estudo realizado por Brandão (1980), foram verificadas determinações do uso e restrições dos alimentos fortes, dependente das condições ambientais (clima, hora da ingestão, local) e do momento do consumo. Por exemplo: “*Comida forte x pessoa forte x noite x atividade de sono imediatamente após a ingestão = Ruim*” (Brandão, 1980, 116).

As agentes de Massangana expressam essa relação quando afirmam no DSC: “(...) *pesado também significa macaxeira. Você não pode comer macaxeira e ir deitar*” (Quadro 7.5).

Um tipo de alimento não recomendado pelas agentes foi o alimento reimoso:

“*As comidas reimosas não se pode comer no resguardo. A mulher quando está de resguardo não pode comer peixe, abacora, polvo. Peixes são reimosos, então tem o resguardo. Mas tem peixe que a mulher de resguardo come, a pescada branca ela pode comer. Outras comidas reimosas são: pato, peru, lagosta, caranguejo, camarão*” (Quadro 7.2).

De acordo com Brandão (1980)

“*A reima é alguma coisa (uma substância? Uma qualidade?) presente em alimentos e que faz mal pro sangue (...) o reimoso é o que tem reima...a reima existe na comida. Com maior frequência o alimento ‘que tem a reima’ é o de origem animal*” (Brandão, 1980, 121).

Fernando São Paulo (1936) em sua obra “Linguagem Médica Popular do Brasil” define reimoso (remoso, reumoso) como o “*alimento favorável à produção da antiga reuma – humor crasso, indigesto, fluxão*”.

“*Opulenta é a cópia dos alimentos chamados reimosos. As conservas alimentícias de toda casta, os crustáceos, peru, porco, caças (aves, veado, capivara, tatu...), ovo, frutas (manga, melancia...) todos motivam receios, face a face de determinadas doenças*” (São Paulo, 1936, 320).

Nos discursos das agentes encontramos a idéia de que no resguardo, a defesa do organismo relacionada à dieta dependerá do costume alimentar da mulher no resguardo do seu primeiro filho (Quadro 7.6).

O costume do organismo depois do parto também se relaciona com a re-introdução de novos alimentos. Esta re-introdução deve ser gradativa (“*feijão de oito dia por diante; “melancia de oito dia por diante*”) e muito parecida com o esquema

estabelecido para a introdução de alimentos na primeira infância. Para Queiroz (1988) o organismo convalescente é como de uma criança: muito débil para digerir e assimilar certos alimentos tanto que depois do parto, não é permitido à mulher trabalhar, banhar-se ou ainda sair de casa durante pelo menos trinta dias. A citação de Hahold (1988) deixa claro isso:

“Com niños, embarazadas, parturientes e ancianos se debería evitar tratamientos “muy cálidos” o “muy frescos”. Debido a que sus cuerpos son menos resistentes, pierden facilmente su equilibrio “templado” .

4.5.3 A Quebra de resguardo

O não cumprimento das normas estabelecidas neste período resulta no problema denominado “quebra de resguardo”. Este tem como conseqüências distúrbios fisiológicos e psicológicos e algumas vezes não tem cura. A quebra de resguardo está muito relacionado com transtornos psicológicos no pós parto. Os recursos terapêuticos utilizados parecem apenas aliviar os sintomas desses problemas. Sejam esses recursos populares ou medicamentosos. A cura está associada à idéia de “*tirar o excesso de sangue que sobe para cabeça*”. Isto se encontra mais bem explicitado no relato seguinte:

“Foi que nem eu da quarta menina. Se não tivesse me cuidado eu tinha endoidado. Quebrei o resguardo, passei 5 dias em casa, quando minha mãe me levou pra casa da mulher ela disse que se eu tivesse passado o dia em casa eu tinha endoidado, eu tinha morrido. Ela mandou eu tomar duas cibalena duma vez, aí eu tomei e o sangue desceu, preto que nem carvão, aí eu fiquei boa. Me bateu uma coceira nos pés e nas mão, e a dor de cabeça cortando. Depois da cibalena, que o sangue desceu, aí pronto, eu fiquei boa.”

Com relação às sensações ligadas aos problemas decorrentes da quebra de resguardo citadas no DSC “*o sangue sobe para cabeça*”, “*dor de cabeça*”, estão centradas na lógica que Boltanski (1979) aponta para a reinterpretação necessária à compreensão e memorização do discurso médico pelo doente.

Segundo o autor, este “*trabalho de reinterpretação consiste em operar uma série de reduções analógicas das categorias da medicina científica a categorias mais gerais... quer se trate, por exemplo, das categorias de espaço, como alto e baixo, interior e exterior...*” (Boltanski, 1979,140).

O autor ainda cita: “*Dir-se-á também que certas doenças resultam de um movimento para cima ou para baixo de um órgão ou de um líquido*” (1979,141).

Ocorre uma redução analógica na emissão do discurso sobre a doença, esta redução de acordo com Boltanski (1984) é realizada em função da sinonímia ou homonímia do termo emprestado e desconhecido com outros termos conhecidos.

As categorias espaciais são usadas na elaboração do discurso “*são categorias que correspondem as propriedades mais universais das coisas e que são quase inseparáveis do funcionamento normal do espírito*” (Boltanski, 1984). Para o autor, o

esquema elaborado com categorias espaciais baseia-se numa oposição fundamental interior/exterior por meio da qual é possível esboçar as representações de um grande número de doenças.

Observamos em Leal (1994) no artigo Sangue, Fertilidade e Práticas Contraceptivas que a idéia de “*que o sangue que está dentro tem que sair, fluir*” faz parte “*do equilíbrio das coisas, do pressuposto da necessidade de circulação de fluidos concebido como ordenador do corpo*” (Leal, 1994, 134).

A menstruação e a concepção estão relacionadas com a circulação dos humores do corpo, parte de uma lógica do corpo feminino que em determinados momentos se abre e depois de um período se fecha:

“No jogo de significações dos humores do corpo que envolvem a menstruação e a concepção, a representação do corpo feminino como algo que se abre e fecha é determinante sobre todas as outras e é também a chave para compreendermos a lógica da reprodução” (Leal, 1994,135).

No DSC percebe-se a representação do período puerperal também está associada a uma lógica do corpo que se abre no momento do parto e se fecha depois de cumprir o resguardo. Este tempo é um tempo de purificação onde na circulação de fluidos, o sangue age como um filtro que vai purificando o corpo durante o período do resguardo. É um sangue sujo e que deve sair. Nada poderá interferir no curso deste fluxo sanguíneo “purificador”. A quebra de resguardo seria uma interferência deste fluxo que mudaria o percurso, “*o sangue subiria para a cabeça*”

“O corpo é sempre pensado como algo pleno de movimentos internos, uma dinâmica de fluidos determinantes do próprio estado de estar vivo, em oposição ao estar morto, quando a circulação de fluidos inexistiria. O corpo da mulher é portador de uma cavidade oca – útero -, espaço onde se desenvolverá o feto. Este fluxo sanguíneo é limpo enquanto construtor da vida, é sujo quando resto de tudo que não presta mais no corpo, enquanto um filtro, e neste caso deve ser evacuado, daí as práticas de resguardo: como ele é sujo e deve sair, nada deve interferir em seu curso” (Leal, 1994, 135).

4.6 O cuidado como elemento central na mediação entre os sistemas formal e informal de saúde:

Na diversidade de saberes e práticas percebidos nos DSCs, destacou-se uma concepção de cuidado referente à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal permeando todo o discurso das agentes de saúde.

No período gestacional, sobressaíram os cuidados fundamentados tanto no saber formal quanto no saber informal. O mesmo aparece nos DSCs sobre o parto. Já no período de resguardo observou-se uma maior abrangência do conhecimento popular.

Um ponto importante a considerar é a inexistência de um serviço formal de saúde no assentamento estudado. Esta situação termina influenciando a configuração dos saberes e práticas de saúde e possivelmente favorecendo a valorização das agentes de saúde tanto pelos assentados¹⁰ quanto pela direção do MST.

Solla, Medina & Dantas (1996) em avaliação sobre o trabalho de agentes comunitários de saúde na Bahia baseado na percepção dos usuários, constataram um maior número de respostas positivas à atuação dos ACS na zona rural que na zona urbana. Essa avaliação refletiria as dificuldades em termos de acesso a rede formal.

“A diferença entre as áreas urbana/rural poderia estar relacionada a uma maior importância do papel do agente para a população rural, a qual, em geral, tem maiores dificuldades de acesso a serviços de saúde que a urbana” (Solla, Medina & Dantas 1996, 12).

Os referidos autores também comentam que o resultado final do trabalho dos agentes de saúde está relacionado à resolução de determinados problemas de saúde. E destacam que:

“(...) ao ACS cabe um papel bem definido no desenvolvimento de certas ações básicas de saúde, mas que o cuidado à saúde, de uma maneira geral, requer a também o desenvolvimento de ações em outros níveis mais complexos, aos quais o trabalho do ACS precisa estar articulado” (Solla, Medina & Dantas, 1996, 14).

A fala das agentes de saúde captada através do método do Discurso do Sujeito Coletivo, expressa uma importância dada ao atendimento formal de saúde, especialmente durante a gravidez. Isso parece refletir uma valorização do discurso da

¹⁰ Inclui-se os integrantes da associação que priorizaram a contratação de uma agente de saúde para o assentamento.

biomedicina, que, sob a influência das descobertas de Koch e Pasteur, individualizam as causas, os mecanismos de transmissão e as medidas preventivas e higiênicas para muitas doenças infecciosas.

Esta valorização do sistema formal depende, de um lado, dos limites do conhecimento empírico, ou seja, da hegemonia do saber biomédico. Os limites do conhecimento empírico são compreensíveis face às situações mais difíceis vividas pelas mulheres na gestação e os riscos que acarretam para o parto.

Verifica-se aí, também, o papel das agentes enquanto parte de um sistema de saúde.

Vale considerar também a necessidade dos assentados de se sentirem social e politicamente incluídos, fazendo com que o assentamento requeira a participação do Estado. Esta aspiração permeia todo o papel de mediação entre os saberes e práticas que compõem as alternativas de saúde. Talvez seja por isso, que os DSCs das agentes apresentem esta forte valorização dos saberes e práticas oficiais, baseados na biomedicina.

Sobre este papel de mediação, que confere um “*status diferente*” às agentes, David (2001) na sua tese, com agentes de saúde comenta que:

“Por um lado (...) são mulheres das comunidades que se propõem a fazer uma pequena capacitação em cuidados básicos de saúde. Mesmo após a conclusão do Curso de Agentes não acontecem mudanças significativas nos seus modos de viver e ver o mundo (...) Sua visão de mundo e sobre os processos de saúde e doença, que incorpora novos conhecimentos a partir do curso, mantém ao mesmo tempo, os contornos e características da cultura popular.

Por outro lado, a sua proximidade com uma Escola de Enfermagem e com as enfermeiras supervisoras do curso lhes confere um status diferente: pela comunidade não chegam a ser vistas como ‘profissionais de saúde’. Mas são, em determinados momentos, reconhecidas como mediadores importantes entre a comunidade e os serviços de saúde. Para os profissionais de saúde, esta mediação é desejável, desde que seja um espaço de afirmação da lógica que rege os serviços de saúde”(David, 2000, 3).

Percebe-se nos DSCs apresentados uma ênfase na busca do atendimento formal, como por exemplo:

“O meu conselho é, ficou gestante, procure um médico, procure um centro de saúde (...)”

“A mulher, aos três meses de gravidez, ela tem de procurar o médico pra fazer o pré-natal (...)”.

Então, como diz David (2000), esta ênfase representa um “(...) *espaço de afirmação da lógica que rege os serviços de saúde*”.

Observa-se ainda nos DSCs, no que se refere aos processos de saúde-doença, que as explicações se fundamentam em concepções culturais, mantendo assim “*os contornos e características da cultura popular*”, como demonstram as falas sobre os problemas de pele, lábio leporino, transmissão da rubéola, entre outros. (quadro 2)

A relevância do cuidado como mediação entre os sistemas formal e informal de saúde, mediação na qual as agentes de saúde desempenham um papel central no caso do assentamento, leva-nos a tratar aqui desta questão de modo mais pormenorizado.

Eymard Vasconcelos discute a forma como os serviços de saúde estão organizados para o atendimento, e destaca a necessidade de uma “*abordagem diferenciada às famílias em situação de risco*”. O autor propõe um cuidado em um sentido mais ampliado, considerando as dimensões mais gerais de problemas específicos. No estudo desenvolvido a partir de uma pesquisa-ação em serviço local de saúde, Vasconcelos (1998, 153) percebeu que:

“Atuando de forma sistemática e persistente sobre manifestações periféricas dos problemas mais gerais, era possível perceber significativa influência sobre dimensões mais centrais dos problemas familiares”.

Para Vasconcelos alguns problemas “*eram muito profundos para serem curados*”, no entanto estes problemas poderiam ser cuidados. O cuidar seria “*ocupar-se, aqui e agora, dos problemas passíveis de serem enfrentados, pondo-se a disposição de acordo com as condições exigidas por eles e não nas condições oferecidas tradicionalmente pelo serviço*” (1998, 153). O autor, ainda enfatiza a necessidade de uma atenção orientada por uma racionalidade médica diferente, “*... um olhar diferenciado e continuado para a família como um todo*”. Nesse sentido o apoio familiar seria como “*espaço de vida*”, que serviria como suporte para que estas famílias recompusessem seus próprios caminhos (Vasconcelos, 1998, 153).

Podemos dizer que, este olhar diferenciado ainda não acontece nos serviços de saúde e que a atenção à mulher especialmente no puerpério, é uma prática distante da realidade cotidiana desses serviços. Esta desatenção se torna evidente quando observamos a forma de como as mulheres são tratadas na admissão hospitalar para o parto. Vale salientar que, em Alagoas, muitas casas maternais e unidades de saúde ainda

mantêm restrições burocráticas de impedimento para o acompanhante durante o parto e as visitas familiares. Observa-se na citação abaixo:

“Sozinhas, sem apoio emocional dos familiares, preocupadas, às vezes, com filhos menores deixados aos cuidados apenas dos pais ou até de estranhos e submetidas a procedimentos desnecessários e constrangedores, a mulher alagoana é fragilizada física e emocionalmente incorrendo em riscos não só físicos, imediatos, mas também emocionais, de estresse imediato ou posterior. Tanta pressão e risco serão aliviados apenas com o nascimento de um filho saudável” (UNICEF, 2002).

Para Vasconcelos (1998, 253), a identificação e o cuidado sistemático de famílias em situações de riscos *“podem levar a um impacto no controle da morbidade elevando a eficácia dos serviços de saúde”*. Trata-se de uma estratégia de aprofundamento da qualidade dos serviços de saúde diante da complexidade das situações de exclusão social.

O cuidado que aparece nos discursos das agentes e o cuidado discutido por Eymard

Vasconcelos levam-nos a reflexão sobre a essência deste termo, discutida por

Leonardo Boff em seu livro *“Saber Cuidar”*.

O autor, ao discorrer sobre as origens da palavra *“cuidado”*, comenta que esta palavra vem do latim *cura ou coera* como era escrito na sua forma antiga. E *“expressava a atitude de cuidado, de desvelo, de preocupação e de inquietação pela pessoa amada”* (Boff, 1999).

Outros autores consideram a palavra *cuidado* como derivada do termo *cogitare-cogitatus* e de sua corruptela *coyedar, coidar, cuidar*. Este termo possui o mesmo sentido de *“cura: cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de desvelo e preocupação”* (Boff, 1999).

Para o autor a própria natureza do termo *cuidado* é constituída de duas significações básicas que estão intimamente ligadas entre si. Seria o cuidado como atitude de desvelo, de solicitude e de atenção para com o outro e o cuidado como atitude de preocupação e de inquietação. Diante disto, o autor acrescenta:

“(...) o cuidado sempre acompanha o ser humano porque este nunca deixará de amar e de desvelar por alguém (primeiro sentido), nem deixará de se preocupar e de se inquietar pela pessoa amada (segundo sentido). Se assim não fora, não se sentiria envolvido com ela e mostraria negligência e incúria por sua vida e

destino. No limite, revelaria indiferença que é a morte do amor e do cuidado” (Boff, 1999, 92).

A necessidade de um olhar diferenciado no que se refere ao cuidado à saúde da mulher implica reconhecer e valorizar o seu potencial humano para a criatividade e a liberdade. Seria através deste olhar diferenciado que se caminharia para a concretização do desejo expresso na fala seguinte:

“Não queremos ser vistas apenas como mães e esposas, ou simplesmente estar presentes nas ações. Queremos sim, ocupar os espaços decisões em todos os níveis na nossa organização e na sociedade que almejamos construir” (MST, 2000; 18).

O eixo do trabalho de Vasconcelos (1998) é uma educação centralizada nesse reconhecimento e valorização. Neste trabalho percebeu-se que a aproximação da equipe de saúde e a família ampliavam as possibilidades desta ação educativa.

Ao relacionar a tese de Vasconcelos (1998) com o trabalho apresentado por Carvalho, Acioli e Stotz (2001) percebe-se que nesta ação educativa também faz parte o *“aprendizado cooperativo entre sujeitos”*, facilitando assim a *“construção de práticas interativas, cooperativas e dialógicas”*.

Garnelo (2001) ao analisar uma experiência de educação e comunicação em saúde indígena constata uma influência positiva no trabalho educativo de base dialógica onde os *“interlocutores indígenas desenvolvem uma ativa seleção de meios e conteúdos de expressão”*. Estes meios e conteúdos são usados de uma maneira diferente da que foi programada pelas instituições de saúde.

Para a autora *“ao participar de um dialogo, deve ser facultado aos interlocutores o uso, legítimo, do conteúdo informativo nele contido, segundo suas prioridades e necessidades”* (Garnelo, 2001, 21).

Por outro lado, a atenção e o cuidado à saúde da mulher também implica no reconhecimento da mulher como um novo sujeito histórico que emerge a partir de toda uma história de espoliação e submissão. Seria ampliar o olhar e discutir a historicidade da situação da mulher, numa perspectiva de contribuir para o processo de transformação social.

Sobre referir-se à história, Aquino (1996) comenta que:

“A recuperação do próprio passado é uma dimensão central na capacidade de um povo compreender a própria situação, tornar-se dono dela, ser consciente das suas limitações e possibilidades e, assim participar da construção de seu próprio futuro” (Aquino, 1996, 40).

O cuidado com a saúde da mulher estaria também relacionado ao apoio às mulheres das classes populares para adquirirem *“(...) consciência da sua dignidade, dos seus direitos, da sua própria força e da capacidade de tomar o destino nas próprias mãos”* (Aquino, 1996, 53).

O MST, através do seu setorial de saúde, destaca a importância do resgate da valorização humana:

“(...) nossa proposta é comunitária: ajudar o povo acampado e assentado a redescobrir suas raízes e recuperar sua consciência de cidadania, tornando-se agente ativo de seu processo histórico” (MST, 1999, 12).

Aqui, precisamos destacar a relevância da cultura da saúde de cunho popular, a qual as agentes de saúde são portadoras. A possibilidade das mulheres das classes populares tomarem os seus destinos nas próprias mãos também depende da mediação dessas agentes.

4.6.1 A construção compartilhada do conhecimento

Ao refletir sobre o papel das agentes no assentamento, percebemos que exercem um papel de mediação entre as demandas dos assentados, especialmente das mulheres e crianças, e as alternativas de atenção à saúde (informal, popular e profissional).

Nessas alternativas situam-se, de um lado o saber formal, oficial, biomédico, de base técnica-científica, e de outro, o informal, espontâneo, popular e empírico.

Constatamos, nas falas das agentes, que as relações entre saberes e práticas constitutivas das diferentes alternativas, são, simultaneamente, relações de oposição e de complementaridade. Estão em jogo diferentes modelos explicativos e propostas de ação que aparecem na fala social das agentes, onde é nítida a relação entre ciência e senso comum.

Assim, o que parece ser superstição e folclore deve ser visto como a expressão popular de uma “ciência do concreto”, de um conhecimento empírico de longa duração

que se filtra por meio dos diagnósticos populares, a exemplo da fala sobre o parto com rabo (Quadro 5).

A necessidade de um diálogo entre a ciência e o senso comum no campo da saúde é o pressuposto do que Carvalho, Acioli e Stotz (2001, 102) denominam de construção compartilhada de conhecimento. A relevância deste conceito para a Educação Popular e Saúde justifica-se pelas características particulares do conhecimento sobre saúde e doença, destacando-se a importância da experiência da enfermidade, os limites do conhecimento científico sobre a etiologia e a cura das doenças, a concorrência entre os sistemas médicos e sua importância na configuração das práticas de saúde, a medicalização de comportamentos sociais e a complexidade do adoecer humano.

Para estes autores, a proposta metodológica da construção do conhecimento envolve *“uma interação comunicacional, onde sujeitos com saberes diferentes (...) se relacionam a partir de interesses comuns”*. Estes saberes não são hierarquizados, são diversificados e são construídos no enfrentamento coletivo ou individual de problemas concretos do cotidiano (Carvalho, Acioli e Stotz (2001, 102).

O ponto de vista da ciência sobre o senso-comum é discutido pelos autores: *“para a ciência, senso comum é opinião, conhecimento vulgar, ou seja, formas de conhecimento não verdadeiro com que precisaríamos romper para tornar possível o conhecimento científico”* (Carvalho, Acioli e Stotz (2001, 103). Baseados em Boaventura de Sousa Santos (1997), os autores destacam a necessidade de superação da ruptura entre ciência e senso comum, ressaltando a *“construção de um novo senso comum onde todos os sujeitos são docentes de saberes diferentes”* (Carvalho, Acioli e Stotz (2001, 103).

Vale destacar ainda o que Santos (1997, 224) afirma sobre a ruptura epistemológica entre ciência e senso comum:

“A ciência moderna constituiu-se contra o senso comum. Esta ruptura, feita de si mesma, possibilitou um assombroso desenvolvimento científico. Mas por outro lado, expropriou a pessoa humana da capacidade de participar, enquanto actividade cívica, no desvendamento do mundo e na construção de regras práticas para viver sabiamente”.

As conseqüências negativas deste processo no momento atual impõem a necessidade de uma nova ruptura, ou de uma superação. Segundo Santos (1997,228),

esta nova ou dupla ruptura epistemológica, “*deverá pautar-se pelo princípio da equivalência dos saberes às práticas sociais em que são originados*”.

Sobre a construção de um novo senso comum, o autor comenta que este estará em gestação quando as classes populares, no qual ele define como “*classes sociais oprimidas e grupos ou estratos socialmente discriminados*”, perceberem-se “*competentes para dialogar com o saber hegemônico e, vice-versa*” (Santos, 1997,228).

Retornando ao trabalho de Carvalho, Acioli e Stotz (2001, 103) entende-se que a construção compartilhada do conhecimento implica em:

“(...) um processo comunicacional e pedagógico entre sujeitos de saberes diferentes convivendo em situações de interação e cooperação(...) entre pessoas ou grupos com experiências diversas, interesses, desejos, motivações coletivas.”

Na medida em que se queira pensar esse processo no âmbito de serviços ou de programas de extensão de cobertura como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, deve-se considerar a necessidade de um diálogo e negociação de sentidos para as ações de saúde. Sob a perspectiva da Educação Popular e Saúde, trata-se de “*construir interações no interior de situações e que cada um possa contribuir para modificar, propor e negociar significados*”.

Mas, como já referido, é toda uma outra perspectiva de entendimento e de ação que se delineia. Libâneo, ao analisar o trabalho de Vasconcelos (1998), apresenta a Educação Popular “*como uma atividade que reorienta a globalidade das práticas com que alguém se envolve. Por isso ela implica uma teoria em profunda articulação com a vida*” (Vasconcelos, 1998, 321).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo foi realizado junto a um grupo de agentes de saúde, pertencentes a uma mesma comunidade em um assentamento rural organizado pelo Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra - MST. Trata-se, portanto de um estudo de caso, envolvendo uma única investigação realizada em um determinado período de tempo.

A fala das agentes de saúde do assentamento, relativas aos cuidados nos períodos da gestação ao puerpério, foram transformadas em Discursos do Sujeito Coletivo – DSCs. Estes discursos nos revelam algumas representações sociais sobre saúde, doença e cuidado que, na maioria das vezes inconscientemente, regem suas práticas de saúde.

As pessoas das classes populares se apropriam, confrontam e reinterpretam as concepções e práticas de saúde à luz de determinados fins e interesses. Martins considera a “*cultura popular como um conhecimento acumulado, sistematizado, interpretativo e explicativo*” (Martins apud Valla, 1998).

Ao longo deste trabalho, foram abordadas algumas questões próprias ao ciclo gravídico-puerperal. Trata-se agora de apresentar os principais aspectos relacionados a cada período deste ciclo à luz das representações sociais que percebemos na fala das agentes de saúde.

Períodos do ciclo gravídico-puerperal

➤ Gestação

Baseadas em concepções empíricas, as agentes elaboram uma espécie de etiologia popular para explicar alguns problemas da gestação. Ao mesmo tempo valorizam e enfatizam o atendimento formal pelo setor saúde das mulheres neste estado. Atentamos para o fato de que dentre outros fatores, essa valorização pode acontecer pela necessidade de inclusão social por parte dessas agentes. Esta necessidade de inclusão é também reforçada pelo processo de assentamento, no qual fazem parte as agentes de saúde, e que se constituem num conjunto de ações pelas

quais os indivíduos vão incorporando recursos sociais, materiais e simbólicos que possibilitam novas aquisições da nova posição.

➤ **Parto**

Observamos no DSC sobre o parto que, diante de casos difíceis, há um reconhecimento, por parte da parteira, das limitações de seu conhecimento empírico. Também foi ressaltada a relevância do dom e da providência divina nas práticas das parteiras populares. No DSC ficam subentendidas as dificuldades de acesso de a falta de assistência oficial ao parto, bem como de apoio ao trabalho das agentes nos partos domiciliares.

➤ **Puerpério**

A partir do DSC sobre o puerpério, período este sempre referido como resguardo, observamos que na relação entre os saberes científicos e populares, ocorreu uma predominância do saber popular neste período.

As normas relacionadas ao puerpério parecem estar vinculadas a influencia da tradição judaico-cristã expressas claramente na Bíblia.

A alimentação no resguardo foi muito enfatizada no DSC. Baseados em concepções hipocráticas sobre o equilíbrio entre o homem e os alimentos, as agentes elaboram uma prescrição dietética popular para o período de resguardo, classificando os alimentos em várias categorias como quente-frio; pesado-leve; reimoso; carregado.

Ancoragem do Discurso do Sujeito Coletivo

As práticas das agentes no período de resguardo fundamentam-se na essência do que significa, entre outros aspectos, atenção, cuidado, vigilância, cumprimento de normas, defesa, estar voltado para a saúde da mulher e da criança.

A relação entre ciência e senso comum que aparece nitidamente nos DSCs apresentados, constitui-se numa relação que é simultaneamente de oposição e de complementaridade entre os saberes e práticas formais e informais.

As agentes de saúde atuam como mediadores entre os saberes formais, de base técnica-científica e informais, de base empírica, tendo a necessidade de reconhecimento e valorização em ambos os campos.

O cuidado aparece como uma categoria compreensível e complementar entre os dois saberes e na qual se ancoram os DSCs.

O Discurso do Sujeito Coletivo e a Construção Compartilhada do Conhecimento

Consideramos o DSC uma metodologia apropriada à consciência das agentes, uma vez que parte de sua linguagem e categorias de pensamento.

É uma metodologia que contribui para interações fundamentadas no diálogo e respeito para com o outro, a partir da comunicação intersubjetiva entre ambos, tão necessárias em qualquer processo educativo em saúde. Como bem dizem Mônica de Assis e Luiza Garnelo:

“Natureza da comunicação intersubjetiva entre profissionais e população, da possibilidade do estabelecimento de interações que não reproduzam práticas autoritárias e paternalistas, mas que se fundem no diálogo, na afirmação da subjetividade e na perspectiva de avaliação crítica da qualidade de vida” (Assis, 1998,26).

“(...) junto a qualquer clientela do SUS, encontremos uma riqueza de representações e práticas sanitárias bem diferentes das que são priorizadas pela razão técnica. Para encontrá-las basta que procuremos, conhecendo um pouco mais sobre as formas de viver do outro, ouvindo suas próprias razões e buscando por fim, compreender a lógica que orienta suas escolhas” (Garnelo, 2001, 21).

Vasconcelos (1991) enfatiza que, antes de elaborar uma análise crítica da situação e propor sugestões, o profissional de saúde deverá primeiro conhecer e aprender suas técnicas e estratégias:

“...as parteiras, com suas sabedorias construídas por décadas de trabalho neste meio e pelas freqüentes trocas de experiência entre si, têm uma série de técnicas e “macetes” para enfrentar esta situação de carência. É impossível seguir normas técnicas se não se possui os instrumentos necessários. E esta verdade tão óbvia nem sempre é considerada, pois o profissional costuma achar que as condições de trabalho onde aprendeu a exercer suas atividades existem naturalmente em todos os lugares” (Vasconcelos, 1991,121).

Essas questões abordadas por Assis (1998), Garnelo (2001) e Vasconcelos (1991) reforçam a necessidade de processos de construção compartilhada do conhecimento, enquanto proposta metodológica a ser pensada no âmbito do sistema de saúde (Carvalho, Acioli e Stotz, 2001). Esta necessidade ganha maior visibilidade a partir da pluralidade de saberes presentes na fala social das agentes de saúde e da nítida relação entre ciência e senso comum expressa na configuração de saberes e práticas dessas agentes.

No presente estudo verificamos que as agentes reelaboram e reinterpretam suas representações a partir dos conceitos da medicina oficial adquiridos nos cursos de capacitação promovidos pelo MST e pela SMS. Mas, esta reelaboração e reinterpretação são fundamentadas em grande parte nos conhecimentos tradicionais repassados de geração em geração, transmitidos no dia-a-dia, nos ensinamentos adquiridos em casa, nas relações com a vizinhança, na rede de parentesco ou nas experiências cotidianas com a doença. Existe uma relação entre o saber oficial e o saber próprio (o cuidado como elemento mediador) dessas agentes. Percebe-se no caso estudado o caráter lacunar sobre o conhecimento científico na saúde e as redes terapêuticas como espaços de convivência e disputa entre as alternativas formais e informais presentes nas práticas. Destaca-se aqui o papel de mediação das agentes entre essas alternativas.

Dentre outros objetivos, este trabalho visa contribuir para um planejamento e a organização das práticas de saúde nos assentamentos rurais do MST. Além disso, pretende contribuir para a consolidação de um espaço de intercâmbio, com trocas de experiências e/ou de expectativas entre as várias pessoas e instituições que trabalham com saúde nos assentamentos, buscando evidenciar a valorização, no que diz respeito aos cuidados relativos a saúde materna nas práticas de saúde dos assentamentos, do saber e das experiências populares.

As práticas de saúde desenvolvidas pelas agentes de saúde são muito mais do que meras ações realizadas por esta ou aquela pessoa. Lembramos Holliday (1996) quando este diz que:

“(...) prática entendida em seu sentido profundo, não está composta simplesmente de atividades frias e quantificáveis. A prática é uma maneira de viver nossa cotidianidade, com toda a subjetividade de nosso ser pessoas, que é muito mais que só o que “fazemos”, e que inclui, portanto, o que pensamos,

intuímos, sentimos, cremos, sonhamos, esperamos, queremos...Além do mais, tudo o que fazemos e vivemos tem para cada um de nós um determinado sentido: uma justificativa, uma explicação, uma orientação, uma razão de ser.”

E é por esta *razão de ser* que, mesmo em muitas vezes, à margem do sistema de saúde, as agentes com seus saberes, movidas por sentimentos de solidariedade, disposição, criatividade, atenção e cuidado constroem cotidianamente a saúde sob uma perspectiva ampla, integrando e interligando suas práticas numa vasta rede social.

ETAPA DEVOLUTIVA DA PESQUISA.

Após a defesa desta dissertação, pretendemos retornar ao Assentamento e mediante a sistematização baseada na construção compartilhada do conhecimento apresentar o nosso trabalho sobre os Discursos do Sujeito Coletivo – DSCs das agentes de saúde sobre os cuidados em saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal.

As agentes que constituíram a população alvo da pesquisa seriam as próprias emissoras interpretantes dos DSCs construídos a partir de suas falas, *“produzindo um signo-discurso-interpretante, que poderia estar representando o que estes sujeitos pensam do imaginário coletivo, feito com ou a partir de seus pensamentos e discurso.”* (Lefèvre, 2002).

Assim pensamos utilizar a Sistematização de Experiências como uma técnica metodológica para a organização dessas práticas de saúde. Oscar Jara Holliday propõem essa metodologia para o trabalho com grupos populares e a define como:

“(...) uma interpretação crítica de uma ou várias experiências que a partir de seu ordenamento e reconstrução, descobre ou explicita a lógica do processo vivido, os fatores que intervieram no dito processo, como se relacionaram entre si e por que o fizeram deste modo” (Holliday, 1996,29).

O referido autor cita algumas finalidades do processo de sistematização. Tais finalidades são as de compreender as experiências e melhorar a prática; de extrair os ensinamentos surgidos com a experiência e compartilhá-los; e de se constituir uma base para a construção teórica e sua reflexão (Holliday, 1996).

A nossa proposta tem como eixo de sistematização as dimensões dos cuidados de saúde necessários à mulher, no ciclo gravídico-puerperal. Pretendemos realizar oficinas, das quais participariam as pessoas que trabalham com saúde no assentamento. Todo esse processo de sistematização será devidamente registrado e dividido nas seguintes etapas:

- **Planejamento das oficinas** (oficina de elaboração do plano, definição dos objetivos, objeto, eixo de sistematização, insumos, produtos esperados, cronograma, responsabilidades).
- **Oficina para a comunicação dos DSCs das Agentes de Saúde sobre os cuidados necessários do período gestacional ao puerpério** (oficinas com duas sessões, nas quais os DSCs serão apresentados e confrontados. Será elaborado um roteiro de orientação para esta oficina).
- **Oficina de reflexão crítica a partir da comunicação dos DSCs** (oficinas de duas sessões com o objetivos de identificar aproximações e diferenças, tensões e contradições entre os discursos e práticas desenvolvidas no assentamento considerando o eixo de sistematização adotado).
- **Oficina de produção dos resultados** (a ser combinado: pode ser a produção de uma série de folhetos educativos ou cartilhas; ou de um documento para subsidiar a formação e o trabalho de agentes de saúde; ou ainda de um documento para ser encaminhado ao MST e as instituições governamentais).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMORIM, J. P., 1959. Medicina Popular em Alagoas: rezas e benzeduras nas doenças e ensalmos outros. *Revista do Arquivo Histórico*, n. CLXII. São Paulo.
- AQUINO, M. P. 1996. *Nosso Clamor pela Vida. Teologia latino - americana a partir da perspectiva da mulher*. Trad. Rodrigo Contrera. Mulher ontem e hoje. Ed. Paulinas. São Paulo.
- ARIÈS, P., 1978. *História social da criança e da família*. 2ª edição. Editora Guanabara. Rio de Janeiro.
- ASSIS, M., 1998. Educação em saúde e qualidade de vida: para além dos modelos, a busca da comunicação. UERJ, *Série Estudos em Saúde Coletiva*, n. 169. Rio de Janeiro.
- BADINTER, E., 1985. *Um amor conquistado: o Mito do Amor Materno*. Tradução de W. Dutra. 8ª edição. Nova Fronteira. Rio de Janeiro.
- BARBOSA, C. S., 1996. *Esquistossomose em Pernambuco: determinantes bio-ecológicos e sócio-culturais em comunidade de pequenos agricultores da Zona da Mata*. Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro.
- BERLINGUER, G., 1988. *A Doença*. Tradução de R. Gawryszewski. Centro Brasileiro de Estudos da Saúde – CEBES & HUCITEC. Rio de Janeiro & São Paulo.
- BOHANNAN, P., 1990. O “progresso” da Antropologia. In: *Desvendando máscaras sociais* (A.Z. Guimarães, org.) 3ª ed., Livraria Francisco Alves Editora. Rio de Janeiro.

- BOFF, L., 1999. *Saber cuidar: ética do ser humano – compaixão pela Terra*. 4ª edição. Editora Vozes. Petrópolis.
- BOLTANSKI, L., 1989. *As classes sociais e o corpo*. 3ª ed., tradução de R.A. Machado. Graal Editora. Rio de Janeiro.
- BRANDÃO, C. R. 1981. *Plantar, Colher, Comer: um estudo sobre o campesinato goiano*. Biblioteca de Ciências Sociais: série antropologia; v.n. 20. Edições Graal. Rio de Janeiro.
- BRASIL - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1999. *Censo Agropecuário 1995-96*. <<http://www.ibge.gov.br>>
- BURLANDY, L., 1999. *Análise e interpretação do material discursivo*. ENSP/FIOCRUZ, disciplina ‘Metodologia da Investigação Científica’ do Doutorado em Saúde Pública. Rio de Janeiro. (Mimeo)
- CAPONI, S., 2000. *Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica*. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro.
- CARVALHO, M.A., ACIOLI, S. & STOTZ, E.N. 2001. O processo de construção compartilhada do conhecimento: uma experiência de investigação científica do ponto de vista popular. In: Eymard M. Vasconcelos (org.) *A saúde nas palavras e nos gestos*. Hucitec. São Paulo:
- COSTA, T. M., 2000. A mortalidade Materna em Juiz de Fora: Um realidade que não pode mais ser ocultada. In: Org: E. R. Brandão. *Saúde, Direitos Reprodutivos e Cidadania*. Editora UFJF. Juiz de Fora.
- CRUZ NETO, O., 1994. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. (M.C.S. Minayo, org.). 6ª ed., Vozes. Petrópolis.

- DAVID, H.M.S.L. 2001. *Sentir saúde: a religiosidade como categoria metodológica no trabalho de educação em saúde junto às classes populares*. Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro.
- DAVID, H.M.S.L. 2001. De Povo de Deus á Institucionalização Domesticadora: Mudanças e passagens em duas décadas de educação popular com agentes comunitários de saúde. In: E.M. Vasconcelos. *A saúde nas palavras e nos gestos*. Hucitec. São Paulo.
- DESLANDES, S.F., 1994. A construção do projeto de pesquisa. In: *Pesquisa social: teoria, método e criatividade* (M.C.S. Minayo, org.). 6ª ed. Vozes.Petrópolis:
- EVANS-PRITCHARD, E.E., 1990. Antropologia Social. In: *Desvendando máscaras sociais*. (A.Z. Guimarães, org.). 3ª ed., Livraria Francisco Alves Editora. Rio de Janeiro:
- FERNANDES, B.M., 1998. Gênese e Desenvolvimento do MST - Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. *Cadernos de Formação*, n. 30. São Paulo.
- FERNANDES, F., 1995. *Trecho de sua última entrevista*. São Paulo: Escola Nacional Florestan Fernandes - Folheto.
- _____ *et al*, 1997. Estado nutricional de crianças menores de 10 anos residentes em invasão do “Movimento Sem Terra”, Porto Calvo, Alagoas. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(1): 137-9, jan – mar, 1997. Rio de Janeiro
- FERREIRA, H.S. & SIQUEIRA, T.C.A., 1998. Perfil epidemiológico da população residente em uma área ocupada pelo Movimento Sem Terra (MST), Porto Calvo - Alagoas. *Anais do IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia* (Abrasco). Rio de Janeiro.

- GARNELO, L. 2001. Projeto rede autônoma de saúde indígena – Uma experiência de educação e comunicação em saúde Indígena. In: E.M.Vascelos (org.) *A saúde nas palavras e nos gestos*. Hucitec. São Paulo.
- GAZETA DE ALAGOAS, 1999. *MST quer trazer 10 mil sem terra para pressionar o Incra em Maceió*. Gazeta de Alagoas: Geral, A6., 22 de setembro de 1999. Maceió.
- GIFFIN, K., 1991. A mulher, a cidade e os programas sociais. In: *Mulher e políticas públicas*, pp. 169-186. IBAM & UNICEF. Rio de Janeiro.
- GUALDA, D.M.R. et al. 2002. Assistência pré-natal no contexto do conceito da saúde reprodutiva. pp 187-197 In: T.M. CIANCIARULLO; D.M.R.GUALDA; G.T.R. SILVA; I.C.K.O. CUNHA (orgs.). *Saúde na família e na comunidade*. Robe Editorial. São Paulo.
- HAHOLD, A. 1988. El sistema cálido-frío en la region surandina del Peru. Una clasificación popular de enfermedades, hierbas medicinales y alimentos. In: A. Kroeger & W.R. Cano (orgs.). *Conceptos y tratamientos populares de algunas enfermedades em latinoamerica*. Centro Medicina Andina. Cusco, Peru.
- HELMAN, C.G. 1994. *Cultura, saúde e doença*. Trad. Eliane Mussmich. 2 ed. Editora Artes médicas. Porto Alegre.
- HERZLICH, C. 1991. A Problemática da Representação Social e sua Utilidade no Campo da Doença. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*. Vol. 1, Número 2. Rio de Janeiro
- HOLLIDAY, O.J. 1996. *Para sistematizar experiências*. Paraíba. Ed. Universitária da UFPB.

- KLEIN, P., 1996. Práticas sociais em saúde. *Dissertação de Mestrado em Antropologia*. Universidade Federal de Pernambuco. Recife.
- KLEINMAN, A., 1980. *Patients and Healers in the context of culture an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Berkeley, Los Angeles, London, University of California Press.
- KROEGER, A., 1989. Enfoque popular de la enfermedad: explicaciones, diagnósticos y tratamientos populares. In: *Conceptos y tratamientos populares de algunas enfermedades en latinoamerica* (A. Kroeger & W.R. Cano). Cusco: Centro de Medicina Andina.
- LAGES FILHO, 1934. Medicina Popular de Alagoas. Separata dos *Archivos do Instituto Nina Rodrigues*, Anno 3, Ns. 1 e 2. Bahia.
- LAPLANTINE, F., 1991. *Antropologia da doença*. Tradução de W.L. Siqueira. Livraria Martins Fontes Editora. São Paulo.
- LEAL, M.C. & VIACAVA, F. 2002 Maternidades do Brasil. *Radis – Comunicação em saúde*. Nº 2 Setembro de 2002.p.8-26. Rio de Janeiro.
- LEAL, O. F. 1994. Sangue, fertilidade e práticas contraceptivas. In: P. C. Alves & M. C.S. Minayo (orgs). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro.
- LEFÉVRE, F.& LEFÉVRE, A.M.C., 2000a. *DSC passo a passo*. Curso de Verão. <<http://www.fsp.usp.br/~flefevre>>
- LEFÉVRE, F.& LEFÉVRE, A.M.C., 2000b. *O Processo de desparticularização dos discursos e o resgate do sujeito social*. <<http://www.fsp.usp.br/~flefevre>>

LEFÈVRE, F. & LEFÈVRE, A.M.C. 2000c A Fala do social.
<<http://www.fsp.usp.br/~flefevre>>

LEFÈVRE, F.& LEFÈVRE, A.M.C., 2002. DSC - Uma Nova Proposta de Processamento de Dados em Pesquisa Qualitativa. São Paulo.
<<http://www.fsp.usp.br/~flefevre>>

LEFÈVRE, F., LEFÈVRE, AMC & TEIXEIRA, J.J.V., 2000 *O Discurso do Sujeito Coletivo – Uma nova abordagem metodológica em Pesquisa Qualitativa*, EDUCS. Caxias do Sul.

LIMA SOBRINHO, A.E., 1981. *Fome. Agricultura e política no Brasil. A chantagem alimentar*. Ed. Vozes. Rio de Janeiro

LIRA, F.J. 1997. *Crise, Privilégio e Pobreza*. Edufal. Maceió.

LOYOLA, M.A., 1984. *Médicos e curandeiros*. DIFEL. São Paulo.

LUZ, M.T., 1997. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *PHYSIS; Revista de Saúde Coletiva*, 7(1): 13-43, 1997. Rio de Janeiro.

LUZ, M.T., 1999. A saúde em forma e as formas da saúde: superando paradigmas e racionalidades. Comunicação ao V Congresso de Ciências Sociais e Medicina, 7-11 de junho de 1999. Isla Margarita, Venezuela.

MARAGOGI, 2000. Sistema Municipal de Saúde. *Relatório de Gestão Maragogi 2000*. Governo Municipal de Maragogi. Secretaria Municipal de Saúde. Maragogi. 34 p.

MARTINS, J.S., 1981. Os movimentos camponeses e as lutas camponesas no Brasil. In: *MST, 1999. O Movimento camponês e a luta pela Reforma Agrária. Caderno de Formação*, n. 31. São Paulo.

- MARTINEZ, P., 1987. *Reforma Agrária: questão de terra ou de gente?* Editora Moderna. São Paulo.
- MATEOS, J. & CAMACHO, F., 1991. *Evangelho, figuras e símbolos*. Edições Paulinas (Biblioteca de Estudos Bíblicos). São Paulo.
- MEDEIROS, L.S., 1981. Movimento Camponês e Reforma Agrária. *Revista de Cultura e Política*, n. 4, Cedec. Paz e Terra, Fev./Abr. de 1981.
- MINAYO, M.C.S., 1988. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. *Cadernos de Saúde Pública*, 4(4): 363-81, out./dez. de 1988. Rio de Janeiro.
- MINAYO, M.C.S., 1994. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 5º ed. HUCITEC & ABRASCO. São Paulo, Rio de Janeiro.
- M.S. (MINISTÉRIO DA SAÚDE), 1998. Considerações acerca da dimensão social da epidemia de HIV/AIDS no Brasil. A. Cohn. In: *A epidemia de AIDS no Brasil: situações e tendências*. Brasília.
- M.S. (MINISTÉRIO DA SAÚDE), 1998. *Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde*. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro.
- M.S. (MINISTÉRIO DA SAÚDE), 2000. *Assistência pré-natal – Normas e manuais técnicos*. Equipe de colaboração: Janine Schimer et al. 3º ed. Brasília. Secretaria de políticas de saúde / Ministério da Saúde. 56 p. Brasília
- MST-AL, 1999. *Tabela de Assentamentos em Alagoas*. Direção Estadual do MST/ Al. Maceió: Mimeo.

- MST, 1995. Programa de Reforma Agrária. Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. *Cadernos de Formação*, n. 23. São Paulo.
- MST, 1998. Relatório da Oficina Nacional de Saúde no MST. Brasília: Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. Brasília.
- MST, 1999. O Movimento camponês e a luta pela Reforma Agrária. Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. *Cadernos de Formação*, n. 31. São Paulo.
- MST, 2000. *Mulher Sem Terra*. Coletivo de Gênero do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. Brasília.
- MOTTA, H.C. (org.), 1978. *Enciclopédia dos Municípios Alagoanos*. Sergasa. Maceió.
- NATIONS, M.; SOUZA, M.A.; CORREIA, L. L. & SILVA, D.N., 1989. *Los curanderos brasileños: promotores eficientes de la terapia de rehidratacion oral y otras estrategias para la supervivencia infantil.*: Oficina Panam, 107 (1): 1-21, jul. de 1989. Bolívia.
- NOGUEIRA, M.I., 1994. *Assistência pré-natal: prática de saúde a serviço da vida*. Editora HUCITEC. São Paulo
- OLIVEIRA, E.R., 1985. *O que é medicina popular*. Abril Cultural & Brasiliense (Coleção Primeiros Passos). São Paulo.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1994. *Cumbre Mundial en Favor de La Infancia. La salud materno-infantil: metas para 1995 e indicadores para el seguimiento*. Genebra.
- PÁDUA, E.M. M., 1991. O trabalho monográfico como iniciação à pesquisa científica. In: *Construindo o saber: metodologia científica, fundamentos e técnicas* (M.C. Carvalho, org.). 3ª ed. Papirus. Campinas.

- PILETTI, N. & MOSOLINO, I., 1999. *A questão da terra no Brasil*. Mabeco Livraria e Editora. São Paulo.
- QUEIROZ, M. S. 1980. Estudos sobre medicina popular no Brasil. In: *Religião e Sociedade*. N° 5. ISER Rio de Janeiro. Brasil.pp: 241-250
- QUEIROZ, M. S.1988 La teoria “caliente” y “frio” em la etiologia de las enfermedades em el Brasil. In: A. Kroeger & W.R. Cano (orgs.). *Conceptos y tratamientos populares de algunas enfermedades em latinoamerica*. Centro Medicina Andina. Cusco, Peru.
- RABELLO, S., 1969. *Cana-de-açúcar e região. Aspectos sócio-culturais dos engenhos de rapadura nordestinos*. Instituto Joaquim Nabuco de Pesquisas Sociais - MEC. Recife.
- REZENDE, J. & MONTENEGRO, C.A.B. 1995. *Obstetrícia Fundamental*. Sétima edição. Guanabara Koogan. Rio de janeiro
- ROCHA, J.M.T., 1980. *Iniciação ao Folclore*. Vol. 2. (Mimeo). Maceió.
- SÃO PAULO, F. 1922. *Linguagem médica popular no Brasil*. Ed. Itapuã. Salvador.
- SAN MARTIN, H. & PASTOR, V., 1988. *Salud comunitaria: teoria y practica*. Ediciones Díaz de Santos S.A. Madrid.
- SANTOS, B.S. 1995. *Pela mão de Alice: o social, o político na pós modernidade*. Cortez. 3 ed. São Paulo.
- SANTOS, L.S., 1998. Adoção: da maternidade à maternagem. In: *Serviço Social & Sociedade: Temas Contemporâneos*, pp. 99-108. Ano XIX, julho de 1998.

- SARAMAGO, J., 1997. Terra, Direito e Justiça. *Revista Princípios*, Ed. Anita Garibaldi. Mai. / jun. / jul. de 1997. São Paulo.
- SIMIONI, A.M.C.; LEFÉVRE, F.; PEREIRA, I.M.T.B., 1996. Metodologia qualitativa nas pesquisas em Saúde Coletiva: considerações teóricas e Instrumentais. *Série monográfica, n. 2. Eixo Promoção de Saúde*. Universidade de São Paulo. São Paulo.
- SPINK, M. J. P., 1993. O Conceito de Representações Sociais. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3): 300-308. Rio de Janeiro.
- SOARES, G.A.D., 1976. *A questão agrária na América Latina*. Zahar Editores. Rio de Janeiro.
- SOLLA, J.J.S.P., MEDINA, M.G. & DANTAS, M.B.P. 1996. O PACS na Bahia: Avaliação do trabalho dos agentes comunitários de saúde. *Saúde em debate*. Vol. 51 pp. 4-15, junho. Londrina.
- STÉDILLE, J.P. (Coord.), 1994. *A questão agrária hoje*. UFRGS. Porto Alegre.
- _____, 1996. *A Reforma Agrária no Brasil*. Ed. Atual.
- _____, 1997. A Luta Pela Reforma Agrária: os desafios de toda sociedade. *Anais do 49º Congresso da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência*. Belo Horizonte.
- TAYLOR, S.J. & BOGDAN, R., 1992. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Ediciones PAIDÓS. Barcelona.
- TENÓRIO, M.I.O., 1998. *Assentamento São Frutuoso - Dados preliminares*. Maceió (Mimeo).

UNICEF, 2002. *Nascer em Alagoas: Dilema e Perspectivas*. Resultado da pesquisa – Análise Situacional do Atendimento Obstétrico e Perinatal no Estado de Alagoas. F. J. P. Soares (coord.). Maceió Alagoas. (No prelo).

WONG-UN, J.A., 1998. Control comunitario de las infecciones endémicas: pensando los haceres sanitarios colectivos de los campesinos de los Andes peruanos. *Cadernos de Saúde Pública*, 14 (Sup. 2): 91-100. Rio de Janeiro.

VALLA, V., 1998. Sobre a participação popular: uma questão de perspectiva. *Cadernos de Saúde Pública*, 14 (Sup. 2): 7-18. Rio de Janeiro.

VASCONCELOS, E.M., 1991. *Educação Popular nos Serviços de Saúde*. 2ª edição. HUCITEC. São Paulo.

_____, 1999. *Educação popular e a atenção à saúde da família*. HUCITEC & Ministério da Saúde. São Paulo & Brasília

ZIMMERMANN, A. W. et al.,1995. Aspectos psicológicos da gravidez, parto e puerpério. In: J.A.Buchabqui (org.), *Promovendo a saúde da mulher*. pp. 53-64 Editora da Universidade/UFRGS. Porto Alegre.

RELAÇÃO DE QUADROS

Capítulo I: CONTEXTUALIZANDO A PESQUISA

Quadro 1 - Assentamentos rurais organizados pelo MST no município de Maragogi

Capítulo III: DSC - A FALA SOCIAL DOS AGENTES

Quadro 1 - Cuidado baseado na busca do atendimento formal de saúde

Quadro 1.1 - Idéia secundária: “visão dos agentes sobre a procura das mães ao acompanhamento pré-natal”.

Quadro 1.2 - Incentivo dos agentes e do MST para a realização do pré-natal

Quadro 2 - Cuidado baseado nas concepções sobre alguns problemas na gestação.

Quadro 3 - Cuidados no Parto

Quadro 4 - Os casos de perigo

Quadro 5 - Problemas no parto

Quadro 6- Tempo do resguardo e o porquê desde tempo.

Quadro 7 - Os cuidados necessários durante o período do resguardo.

Quadro 7.1.- A importância da alimentação no período do resguardo.

Quadro 7.2 – Alimentos não recomendados

Quadro 7.3 – O consumo de frutas no resguardo

Quadro 7.4 – Alimentação da mulher que “levou ponto”

Quadro 7.5 – Dieta no primeiro resguardo e o sexo da criança

Quadro 7.6. – Antigamente não era assim...

Quadro 8– Problemas no resguardo - Quebra de resguardo

ANEXOS

ORAÇÃO DE NOSSA SENHORA DE MONSERRATE

DIVINA ORAÇÃO

Esta oração é de Jerusalém e chama-se Oração de Nossa senhora do Monserrate, ao pé de Barcelona e de como a mesma Senhora obrou um grande milagre.

‘Bendita e louvada seja a sagrada paixão e morte de Nosso Senhor Jesus Cristo. Rogai por nós santa formosura dos Anjos, tesouro dos apóstolos, depósito da arca da aliança – Senhora Santa Maria mostrai-nos em tão belo dia vossa face gloriosa.’

Dita oração foi achada no Santo Sepulcro de Jerusalém ao pé da imagem do Divino Jesus, aprovada por todos os inquisidores e o Divino Jesus disse: *“Todo homem ou mulher, menino ou menina que consigo trouxer esta Oração, não morrerá de má morte, nem repentina, não será ofendido pelos seus inimigos, morrerá sem aflição, não morrerá afogado no mar nem nos rios, não será queimado por fogo, não passará trabalhos no mar, nem será ferido na guerra, nem atentado pelos demônios do inferno e não morrerá sem confissão, que é proveito para alma e prazer para o coração, não será mordido de cães danados, nem de outros animais peçonhentos. Toda mulher que estiver em perigo de vida por causa do parto será logo aliviada com a virtude desta oração; e livra também de ter gota oral; mas é necessário ter muita fé em tudo, por que não havendo fé, não pode haver milagres e nem salvação.”*

EIS UM GRANDE MILAGRE

A 21 de março da era de 1515, indo um homem para uma romaria de Nossa Senhora do Monserrate, ao pé de Barcelona no caminho lhe saíram 3 ladrões e lhe cortaram a cabeça. No fim de três dias passou por ali um cavaleiro e a cabeça lhe disse: *“Volta atrás, ó cavaleiro, vai tu à Barcelona dar a parte a justiça e a um padre de missa para me confessar.”* O cavaleiro voltou a Barcelona a dar parte à justiça e à gente que se pôde juntar para o dito assunto que tudo se executou e vieram todos. Quando ao pé do morto chegaram, a cabeça lhe falou pedindo confissão e depois de confessado absolvido o cadáver, tornou a cabeça falar para todo o auditório e disse: *“procurem-me no corpo da parte do coração entre o colete que não de acabar que não de achar uma oração de Jerusalém a qual para o futuro ficará o nome de Oração De Nossa Senhora do Monserrate e do menino Jesus; visto terem ambos feito um tão milagre admirado por todos de eu ressuscitar e não morrer sem confissão. Por isso*

tirá do meu corpo e se venerará para nunca ir a sepultura; assim peço a todas as criaturas que quiserem ter a glória e graça desta oração a tragam no peito sendo mulher e no pescoço sendo homem e rezem uma Salve rainha ao deitar e quando forem a missa entre a Hóstia e o Cálice; mais tudo será com muita fé e devoção. A casa onde houver esta oração será conservada em paz, não será queimada, o homem e a mulher serão muito amigos e seus filhos serão bem educados e felizes nos seus negócios e se forem a guerra não serão vencidos, nem feridos e estão livres de justiça e de testemunho falsos e de más tentações.

O anjo São Miguel lhes assistirá na hora da morte e São Pedro lhes abrirá as portas do Céu para viverem na glória eterna, Amém. (Pai-Nosso, Ave Maria).

Na era de 1715, um homem que navegava ao pé da Normandia e chamava-se Pedro de Nazaré foi pilhado pelos piratas, roubado e lançado ao mar com uma tranca no pescoço; Porém trazia consigo esta Oração de Nossa Senhora e do Menino Jesus andou seis dias a lutar contra as pesadas ondas do mar, sem comer nem beber, vendo-se já muito cansado, lembrou-se da sagrada Oração de Nossa Senhora de Monserrate, reza uma Salve Rainha e salva-se e no fim de oito dias já podia trabalhar e foi levar a Nossa Senhora uma grande promessa.

Meus queridos filhos sabeis que as chagas que Nosso Senhor Jesus Cristo recebeu em seu Santíssimo Corpo foram cinco mil quinhentas e cinqüenta e cinco e por isso vos digo que quem delas lembrar e rezar algum Pai-Nosso e Ave Maria eu lhes livrarei do purgatório a alma do seu pai e de sua mãe e de seus parentes e lhes perdoarei todos os seus pecados e gozará de todos os bens da Bem Aventurança de Nosso Senhor Jesus Cristo, para sempre, Amém. (Pai-Nosso, Ave Maria)

ORAÇÃO AO SANTÍSSIMO CORAÇÃO DE N.S. JESUS CRISTO

Jesus, Filho de Deus Vivo tende misericórdia de mim, que sou mil vezes pecador; salvai a minh'alma Madre de Deus Senhora do Céu, da terra e de nossos corações. Ó Bem aventurada, louvada de todos os santos, rogai por mim pecador, ao vosso precioso Filho, Formosura dos anjos, Flor dos Arcanjos, dos Patriarcas, Coroa dos Mártires, das Virgens, ajudai-me Senhora; naquela verdadeira hora da minha morte, para que possa juntar-me na vossa morada preciosa. Ó Virgem bem-aventurada, procuradora dos cristãos Virgem Maria, nas vossas mãos entrego a minha alma e o vosso Santo Filho me ampare com a sua santa glória. Amém Jesus.

A pessoa que trazer esta Oração está livre de raios e coriscos e cinco dias antes da sua morte verá a Virgem Nossa Senhora com seus olhos naturais. Esta oração

também foi aprovada pelo Santo Padre de Roma e por todos os padres inquisidores e são concedidos 80 dias de indulgência e perdão de todos os pecados a quem trazer consigo e rezar quando se lembrar um Padre Nosso e duas Ave-Marias, oferecidos ao Santíssimo Coração de Nosso Senhor Jesus Cristo, pelas muitas chagas que sofreu para remir e salvar. Amém. (Pai Nosso, Ave Maria).

Ó Coração de Jesus, obrando tantas finezas, arrancai desta minh'alma pecados, paixões e levezas. Ó Coração de Jesus, centro de toda brandura, abrandai-me meu coração que está como penha dura; Ó Coração de Jesus por meu amor tão ferido, usai de misericórdia com quem vos tem ofendido.

OFERECIMENTO

Dignai-vos, amante Deus, o meu afeto aceitar, porque só em vós Senhor eu desejo empregar. Ajudai-me a que vos ame de modo que mereçais e seja tal esse amor que dele vos agradeçais. Amém. (Pai nosso, Ave Maria)

ANEXO 2

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES PESSOAIS

Sinto necessidade de destacar algumas considerações pessoais relacionadas ao envolvimento pesquisador e objeto de estudo, tema este amplamente discutido na questão da neutralidade científica.

Como já descrito na introdução, iniciei este trabalho com uma forte ligação com o com o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, que fazia parte de meu objeto de estudo.

A decisão de deixar tudo em Maceió e partir para uma cidade distante, para cursar o mestrado, foi impulsionada pelo engajamento político e ideológico que tinha assumido. Dado o primeiro passo, as dificuldades foram aparecendo ¹ mas logo iam sendo superadas, e o que sobressaía era a meta e o compromisso que eu tinha a cumprir.

No decorrer do trabalho, percebi algumas limitações dentro do Movimento com relação a alguns integrantes, que me fizeram recuar um pouco. Foi preciso, me distanciar durante momento de análise, pois conservar este distanciamento era necessário para ampliar o olhar perante o objeto estudado, sem necessariamente abandonar esperanças, projetos e práticas políticas.

Entretanto logo após o trabalho de campo, depois de ter acompanhado e vivenciado as práticas de saúde relacionadas aos períodos gestacionais e resguardo, me vi novamente envolvida com o objeto. Estava grávida e decidi assumir a gravidez, continuar o mestrado e minha participação política e iniciar uma nova etapa da minha vida. No entanto, logo após a notícia da gravidez que aparentemente era normal, vivenciei algumas complicações clínicas. Os médicos que me acompanhavam foram enfáticos no fato de que tinha que suspender as minhas atividades para conseguir chegar ao final da gravidez. Talvez para alguns fosse normal, pois se tratava de apenas seis meses de espera. Além disso poderia aproveitar o tempo para concluir o estudo. Mas

¹ Apesar da ajuda financeira da CAPES, muitas vezes me vi angustiada por questões sócio-econômicas e afetivas (saudades de casa). Minha fé em Deus e a solidariedade dos amigos encontrados no Rio me ajudaram bastante.

aquelas palavras médicas foram bastantes fortes e repercutiu muito tanto no período gestacional e puerperal.

Apesar de tudo minha filha nasceu saudável. Ela é uma linda menina, bastante ativa.

Não sei descrever o(s) sentimento(s) bons que sentimos com a chegada de um filho. Renovam-se as esperanças, forças e estímulo para tocar a vida em frente. Com a maternidade aprendemos também a ser mãe e a ser filha.

Mas estes sentimentos bons estavam misturados com questões relativas a reviravolta que minha vida passava. De repente, eu era mãe, filha, esposa, dona de casa, aluna, professora (neste percurso fui contratada para lecionar temporariamente nutrição em saúde pública na UFAL).

Também era latente o sentimento de culpa por não estar fazendo (não conseguia fazer) aquilo que tinha me comprometido a fazer. Também não conseguia pensar na hipótese de me separar da minha filha durante um mês.

Talvez todos estes fatores tenham contribuído para o acometimento de uma depressão durante alguns meses depois do parto. Pareciam conseqüências da “quebra de resguardo” tão citada nas entrevistas. E que na verdade era conseqüência deste mundo tão desordenado nos valores que acaba massacrando os sentimentos e a vida do povo.

Felizmente superei tudo isso, a crença em Deus vivenciada nos contatos com os agentes ressurgiu em minha vida, me dando forças e iluminando meu caminho. Tive o apoio da minha família, meus amigos, de meu orientador e, sobretudo de alguns agentes entrevistados. Para mim, este trabalho representa um caminho que foi se conectando a vários corações, e assim foi fortalecendo a minha persistência de prosseguir.

ANEXO 3

Vista panorâmica da Agrovila do Assentamento Massangana, Maragogi/Alagoas



ANEXO 4

Roteiro de entrevista com os agentes de saúde

(Agentes informais, populares e formais que residem no assentamento)

Dados pessoais: Nome; idade; Profissão/ ocupação; Último local de residência;

Como chegou ao assentamento?

O que favorece e o que dificulta a saúde das pessoas nos assentamentos?

Quais os cuidados que as mulheres têm em relação a gravidez, o parto e o resguardo?

Quais os problemas de saúde que aparecem relacionados com a falta destes cuidados?

Como você lida com estes problemas? Que procedimentos você utiliza?

Que explicação tem para os problemas de saúde relatados?

Quais as dificuldades que você enfrenta?

ANEXO 5

Instrumento de Análise do Discurso 1

IAD1

Expressões Chaves	Idéias Centrais	Ancoragem

Instrumento de Análise do Discurso 2

IAD2:

Expressões Chaves	DSC

ANEXO 6

COMUNICADO

Conforme acordado anteriormente, venho por meio deste informar que estarei desenvolvendo uma pesquisa de mestrado na Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, sob a orientação do Prof. Dr. Eduardo Navarro Stotz, referente as práticas de saúde em assentamentos rurais organizados pelo MST no município de Maragogi - Alagoas.

O estudo também pretende identificar o papel do MST na organização do setorial de saúde, na elaboração e difusão destas práticas. Por isso necessito da colaboração e disponibilidade deste movimento no levantamento das informações.

Os resultados obtidos serão apresentados no final do curso à Escola Nacional de Saúde Pública, ao MST e as populações residentes nos assentamentos.

Rio de Janeiro, dezembro de 1999

Assinatura do coordenador do Movimento

Assinatura da pesquisadora

Anexo 6

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ

Escola Nacional de Saúde Pública Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “Práticas de saúde em um assentamento rural de Alagoas organizado pelo MST”. As pessoas que trabalham com saúde neste assentamento foram selecionadas para este estudo que faz parte da titulação da pesquisadora como Mestre em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz. A sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar, e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Os objetivos deste estudo são:

- **Identificar os principais problemas de saúde e seus tratamentos referidos pelos agentes de saúde;**
- **Identificar, compreendendo e analisando, as representações sociais desses agentes sobre os cuidados necessários à gestação, ao parto e ao puerpério.**
- **Contribuir para o planejamento e a organização das práticas de saúde no assentamento.**

Sua participação nesta pesquisa consistirá em ser entrevistado, com o uso de gravador, sobre as práticas de saúde.

Apesar de envolver sua opinião sobre as práticas de saúde realizadas no assentamento, este trabalho não apresenta riscos relacionados com sua participação, pois as informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo de suas informações. Os dados dos participantes, que de alguma forma possibilitam a identificação, não serão divulgados.

Os benefícios trazidos com a sua participação estão relacionados a um possível planejamento das atividades e à organização das práticas de saúde pelos agentes de saúde no assentamento, caso estes assim desejarem. A pesquisadora compromete-se a realizar, após a defesa da dissertação de mestrado, uma oficina para comunicar e debater, junto aos agentes do assentamento, os resultados da pesquisa.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Nome e assinatura do pesquisador

Theresa Siqueira
Av. Amazonas N. 57 Apt 501 Prado Maceió Alagoas .
Telefone: (82) 223 7534

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Sujeito da pesquisa

O DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO PASSO A PASSO DA TABULAÇÃO DE DADOS

Etapas para a construção do Discurso do Sujeito Coletivo

Depois das transcrições das entrevistas gravadas, foram realizados os seguintes passos:

A) As questões foram analisadas isoladamente, questão 1 de todos os sujeitos entrevistados, a seguir a questão 2 de todos os sujeitos entrevistados e assim sucessivamente. Desta forma, o primeiro passo foi o de copiar, integralmente, o conteúdo de todas as respostas referentes a questão 1 no IAD1 (INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE DISCURSO 1) na coluna: Expressões Chave.

No segundo passo foram identificadas em cada uma das respostas, as Expressões-Chaves das Idéias Centrais (Itálico) e, quando houve, as Expressões Chaves das Ancoragens (itálico sublinhado).

O terceiro passo consistiu em identificar as Idéias Centrais e as Ancoragens¹¹, a partir das Expressões Chaves, colocando estas Idéias Centrais e Ancoragens nas caselas correspondentes.

No quarto passo foram identificadas e agrupadas as Idéias Centrais e as Ancoragens de mesmo sentido ou de sentido equivalente, ou de sentido complementar. “etiquetando” cada grupamento com letras: A, B, C, etc.

No quinto passo foi denominado cada um dos grupamentos (A, B,C, D...) criando para cada, uma Idéia Central ou Ancoragem síntese.

O sexto passo foi a construção do DSC. Para isto foi utilizado o IAD2 - INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE DISCURSO 2.

Foi construído um DSC para cada grupamento identificado no passo anterior. Sendo utilizados vários IAD2. Na construção do DSC, primeiro foram copiadas do IAD1 todas as expressões chave do mesmo grupamento e coladas na coluna das expressões chaves do IAD2. Depois, foram construídos os DSCs relativos a cada grupamento.

Nesta construção foram sequenciadas as expressões chaves obedecendo a uma esquematização clássica do tipo: começo, meio e fim ou do mais geral para o menos geral e mais particular. Foram realizados processos de desparticularização das ECHs na construção dos DSCs.

¹¹ Segundo Léfèvre (2002): “As Ancoragens, diferentemente das Idéias Centrais, que estão sempre presentes nos depoimentos, só são consideradas, na metodologia do DSC, quando estiverem concreta e explicitamente presentes nestes depoimentos, o que nem sempre acontece.”

Anexo 7

Etapas da análise do Discurso do Sujeito Coletivo

INSTRUMENTOS DE ANÁLISE 1- IAD1

Questão 1 ?

Quais os cuidados necessários na gestação?

EXPRESSIONES –CHAVE	IDÉIAS CENTRAIS	ANCORAGEM
<p>S1-</p> <p><i>...a mulher ela deve ter uma vida normal sim, a gestante, só que ela tem que ter muito cuidado porque se uma gestante está gestante, ela não procura um médico pra uma orientação, pra um pré-natal, se ela não procura tomar uma vacina, então ela não tá se cuidando, ela não tá querendo saúde, entendeu, e o meu conselho é, <u>ficou gestante, procure um médico, procure um centro de saúde</u>, uma pessoa que possa fazer o pré-natal, porque aqui em Maragogi tem o centro de saúde que não se nega a fazer o pré-natal, médicos, doutoras, até enfermeiras padrão né, faz o pré-natal, instrutoras e o meu conselho é que <u>não fique sem fazer o pré-natal porque aqui já teve caso de óbito</u>, sem pré-natal.</i></p> <p><i><u>Muitas não fazem o pré-natal porque os maridos proíbem</u>, os maridos não querem, dizem que elas vai se mostrar pra os médicos preferem que elas percam a saúde e até cheguem a óbito, (Outra IC) mas nós estamos lutando, o MST está lutando também, ta mandando pessoas casa a casa, incentivando, eu creio que com esse incentivo vamos chegar lá.</i></p>	<p>Atendimento formal de saúde</p> <p>Procura do médico, do posto de saúde.</p> <p>A falta do pré-natal pode levar a óbito</p> <p>Proibição dos maridos</p> <p>Incentivo do MST</p>	<p>Responsabilidade da gestante</p> <p>Cuidado baseado na valorização do atendimento formal.</p> <p>Controle dos maridos</p> <p>Organização coletiva</p>

Questão 1 ?

Quais os cuidados necessários na gestação?

EXPRESSÕES –CHAVE	IDÉIAS CENTRAIS	ANCORAGEM
<p>S2-</p> <p><i>Precisa, uma boa alimentação, esgotamento de serviço, entendeu, eu mesmo quase morri da minha, por causa do esgotamento de serviço, saía sete horas de casa, trabalhava até meio-dia, uma hora da tarde, quando chegava, fome já não sentia mais, o que aconteceu, fiquei uma pessoa fraca e chegou um momento em que nem ter a criança eu pude ter. <u>Isso é muito importante, alimentar bem, dormir bem, inclusive foi o que o médico me disse, porque eu esgotei, eu acho isso importante, além do pré-natal isso é muito importante.</u></i></p> <p><i>Olhe, em Maragogi ainda não existia isso, não tinha. Umas faziam em São José, outras em Barreiros, mas depois que Dr. Sérgio Lyra ganhou, aí tem, em Maragogi tem pré-natal. <u>E agora os agentes ajuda muito né, acompanha elas.</u></i></p>	<p>Boa alimentação, repouso, além do pré-natal.</p> <p>Antes não existia pré-natal.</p> <p>As gestantes procuram o pré-natal em outros municípios de Pernambuco.</p> <p>A ajuda dos agentes no acesso ao pré-natal.</p>	<p>Importância de fatores sociais</p> <p>Incentivo dos agentes no acesso ao pré-natal</p>

INSTRUMENTOS DE ANÁLISE 1- IAD1

Questão 1: Quais os cuidados necessários na gestação?

EXPRESSÕES –CHAVE	IDÉIAS CENTRAIS	ANCORAGEM
<p>S3</p> <p>Os cuidados mesmo que ela esteja grávida <u>ela tem que ter muito cuidado na transação, porque é aí onde o menino ele gera, toda doença vai pra ele, porque ele fica ali feito um depósito, bateu, pegou, inté assim, se tiver alguma coisa na pele do marido a mulé não podendo dormir junto, ela não deve dormir, porque não pega nela, pega na criança, é uma coisa muito incrível, se ela tiver contato com bicho de pêlo, o menino fica fatível quando ele nascer ele encarocar todinho</u>, ela tem que ter, ói, esse negócio de cachorro, gato, principalmente qualquer bichinho assim que ela teja fitada, <u>uma mulé grávida não pode fitar, porque não pega nela, pega na criança, a criança na barriga ela faz qualquer tipo de coisa, qualquer tipo de doença, qualquer tipo de olhar, você tá grávida, você não pode pegar esse caroço de feijão e ficar fitando pra esses caroço de feijão, não, seu filho pode pegar. Qualquer uma visão desse feijão, sai nele.</u></p> <p>T: Uma visão?</p> <p>É, porque quando você olhou aqui, você vê esse carocinho de feijão, ele pode tá seco, pode sair qualquer coisa nele parecido com esse caroço de feijão. <u>Você vê uma chave, você tá grávida, se derrubar uma chave ou você colocar uma chave no seio, o seu menino nasce com o beicho rachado, se você derruba, cair um pelinho no seu seio, nasce um sinal no menino, seja lá onde for, igualmente se uma pessoa que você tá, teve contato com uma pessoa com qualquer problema na pele, feito aquela rubéola, você sabia que aquilo acaba com a criança, a mulher grávida não pode chegar nem vê uma pessoa que teja com rubéola, que ela pode passar pra criança.</u></p>	<p>A gestante deve ter cuidado por que toda doença vai para o feto.</p> <p>Contato com bicho de pêlo como causa de doença na criança</p> <p>O que a gestante fitar pode passar para a criança.</p> <p>A chave em contato com a pele da mãe causa “beicho rachado” na criança</p> <p>O aparecimento de algum sinal no corpo da criança pode ser pelo contato da mãe com algum pêlo.</p>	<p>Cuidados baseados em concepções culturais</p>

Questão 1: Quais os cuidados necessários na gestação?

EXPRESSÕES –CHAVE	IDÉIAS CENTRAIS	ANCORAGEM
<p>S4</p> <p><u>Quando a mulher está grávida ela precisa de cuidado e muito. Ela num pode pegar muito peso, num pode sentar num batente. Por que o parto fica colado. Num pode enguicar corda de amarrar cavalo na rodage, num pode. Num pode não, o parto fica com rabo. Num deixar bicho que tenha rabo passar pôr trás, o parto fica com rabo. E nem batente principalmente, pilão, num pode sentar-se, mode dor de cadeira.</u></p>	<p>Na gravidez, precisa de muito cuidado.</p> <p>Esforço físico pode causar “parto colado”</p> <p>O contato com animal com cauda pode causar “Parto com rabo”</p>	<p>Cuidado baseado em causas culturais</p>

Questão 1: Quais os cuidados necessários na gestação?

EXPRESSÕES -CHAVE	IDÉIAS CENTRAIS	ANCORAGEM
<p>S5</p> <p>Tem não, <u>as mães não tem cuidado</u>, porque durante o tempo que eu trabalho <u>aqui nenhuma mãe foi fazer pré-natal, nenhuma, e os cuidados são poucos</u>. Pra mãe fazer o pré-natal ela tem que ir pra Maragogi. Se quiser fazer em São José da Coroa Grande faz, mas fica mais fazer no município, que aqui o município é de Maragogi. Vai bem cedo, lá no posto. Oito horas tem que pegar ficha.</p>	<p>As gestantes não procuram o pré-natal por isso não tem cuidado.</p> <p>Pré-natal tem que ir para Maragogi.</p>	<p>Valorização do atendimento formal de saúde</p> <p>Responsabilidade da gestante</p>

IAD1 - QUESTÃO 1:

Primeiro agrupamento de Idéias-Centrais denominado “a busca do atendimento formal de saúde”

Idéias Centrais presentes no agrupamento A - Cuidado baseado na busca do atendimento formal de saúde:

- **Atendimento formal de saúde**
- **A Procura pelo médico.**
- **A ida ao posto de saúde.**
- **A falta do pré-natal pode levar a óbito.**
- **Boa alimentação, repouso, além do pré-natal.**
- **Antes não existia pré-natal.**
- **Tem que ir para Maragogi.**
- **As gestantes procuram o pré-natal em outros municípios**

IAD2 – A - Cuidado baseado na busca do atendimento formal de saúde:

EXPRESSÕES CHAVES	DSC
<p><i>...a gestante, ela tem que ter muito cuidado porque se uma gestante está gestante, ela não procura um médico pra uma orientação, pra um pré-natal, se ela não procura tomar uma vacina, então ela não ta se cuidando, ela não ta querendo saúde</i></p> <p><i>ficou gestante, procure um médico, procure um centro de saúde, uma pessoa que possa fazer o pré-natal, porque aqui em Maragogi tem o centro de saúde</i></p> <p><i>...e o meu conselho é que não fique sem fazer o pré-natal porque aqui já teve caso de óbito, sem pré-natal.</i></p> <p><i>Precisa, uma boa alimentação,</i></p> <p><i>...isso é muito importante, alimentar bem, dormir bem, inclusive foi o que o médico me disse, porque eu esgotei, eu acho isso importante, além do pré-natal isso é muito importante.</i></p> <p><i>Olhe, em Maragogi ainda não existia isso, não tinha. Umas faziam em São José, outras em Barreiros, mas depois que Dr. Sérgio Lyra ganhou, aí tem, em Maragogi tem pré-natal.</i></p> <p><i>Pra mãe fazer o pré-natal ela tem que ir pra Maragogi.</i></p> <p><i>Se quiser fazer em São José da Coroa Grande faz, mas fica mais fazer no município, que aqui o município é de Maragogi. Vai bem cedo, lá no posto. Oito horas tem que pegar ficha.</i></p>	<p>DSC</p> <p><i>O meu conselho é, ficou gestante, procure um médico, procure um centro de saúde, uma pessoa que possa fazer o pré-natal, não fique sem fazer o pré-natal porque aqui já teve caso de óbito.</i></p> <p><i>A mulher, aos três meses de gravidez, ela tem de procurar o médico pra fazer o pré-natal.</i></p> <p><i>Eu incentivo as vacinas. Anti-tetânica, que é uma coisa muito boa, evita sérios problemas.</i></p> <p><i>Além do pré-natal, é muito importante alimentar bem, dormir bem, evitar esgotamento de serviço, inclusive foi o que o médico me disse, porque eu esgotei.</i></p> <p><i>Pra mãe fazer o pré-natal ela tem que ir pra Maragogi, antes não existia pré-natal, não tinha. Umas faziam pré-natal em São José, outras em Barreiros, mas depois que o prefeito ganhou, aí tem, em Maragogi tem pré-natal.</i></p> <p><i>Se quiser fazer em São José da Coroa Grande faz, mas fica mais fazer no município, que aqui o município é de Maragogi.</i></p> <p><i>Vai bem cedo, lá no posto. Tem que pegar ficha.</i></p>

Desdobramentos originados a partir Grupamento A:

A1 – Visão dos agentes pela não procura do pré-natal

A2 – Incentivo dos agentes e do MST para a realização do pré-natal.

O desdobramento A1 foi composto pelas seguintes Idéias Centrais :

- **As gestantes não procuram o pré-natal**
- **Os cuidados são poucos**
- **Proibição dos maridos**

IAD2: A1 – Visão dos agentes pela não procura do pré-natal

EXPRESSÕES CHAVES	DSC
<p><i>Muitas não fazem o pré-natal porque os maridos proibem, os maridos não querem, dizem que elas vai se mostrar pra os médicos preferem que elas percam a saúde e até cheguem a óbito.</i></p> <p><i>as mães não tem cuidado, porque durante o tempo que eu trabalho aqui nenhuma mãe foi fazer pré-natal, nenhuma, e os cuidados são poucos.</i></p>	<p><i>As gestantes não têm cuidado, nenhuma mãe foi fazer pré-natal e os cuidados são poucos; se uma gestante está gestante, ela não procura um médico pra uma orientação, pra um pré-natal, se ela não procura tomar uma vacina, então ela não tá se cuidando, ela não tá querendo saúde</i></p> <p><i>As mulheres não fazem geralmente o pré-natal porque os maridos proibem, dizem que elas vai se mostrar pros médicos, preferem que elas percam a saúde e até cheguem à morte.</i></p>

A2 - incentivo dos agentes e do MST para o incentivo do pré-natal.

Composto pelas seguintes Idéias Centrais :

- **A contribuição dos agentes de saúde**
- **Contribuição do MST**

IAD2 : A2 - incentivo dos agentes e do MST para o incentivo do pré-natal.

EXPRESSÕES CHAVES	DSC
<p><i>...mas nós estamos lutando, o MST está lutando também, ta mandando pessoas casa a casa, incentivando, eu creio que com esse incentivo vamos chegar lá.</i></p> <p><i>E agora os agentes ajuda muito né, acompanha elas.</i></p>	<p><i>Mas nós estamos lutando, os agentes ajudam muito, acompanha elas e o MST está lutando também, mandando o pessoal de casa em casa, incentivando. Eu creio que com esse incentivo vamos chegar lá.</i></p>

B- Cuidado baseado em concepções culturais de alguns problemas na gestação:

Idéias-Centrais presentes neste grupamento:

- **A gestante deve ter cuidado por que toda doença vai para o feto.**
- **Contato com bicho de pêlo como causa de doença na criança.**
- **O que a gestante fitar pode passar para a criança.**
- **A chave em contato com a pele da mãe causa “beijo rachado” na criança.**
- **O aparecimento de algum sinal no corpo da criança pode ser pelo contato da mãe com algum pêlo**
- **Esforço físico pode causar parto colado**
- **O contato com animal com cauda pode causar “parto com rabo”**

IAD2

EXPRESSÕES CHAVES	DSC
<p><i>...ela tem que ter muito cuidado na transação, porque é aí onde o menino ele gera, toda doença vai pra ele, porque ele fica ali feito um depósito, bateu, pegou</i></p> <p><i>...porque não pega nela, pega na criança, é uma coisa muito incrível, se ela tiver contato com bicho de pêlo, o menino fica fatível quando ele nascer ele encaroçar todinho</i></p> <p><i>...uma mulé grávida não pode fitar, porque não pega nela, pega na criança, a criança na barriga ela faz qualquer tipo de coisa, qualquer tipo de doença, qualquer tipo de olhar, você tá grávida, você não pode pegar esse caroço de feijão e ficar fitando pra esses caroço de feijão, não, seu filho pode pegar. Qualquer uma visão desse feijão, sai nele.</i></p> <p><i>Você vê uma chave, você tá grávida, se derrubar uma chave ou você colocar uma chave no seio, o seu menino nasce com o beijo rachado, se você derruba, cair um pelinho no seu seio, nasce um sinal no menino, seja lá onde for, igualmente se uma pessoa que você tá, teve contato com uma pessoa com qualquer problema na pele, feito aquela rubéola, você sabia que aquilo acaba com a criança, a mulher grávida não pode chegar nem vê uma pessoa que teja com rubéola, que ela pode</i></p>	<p><i>Ela tem que ter muito cuidado na transação, porque é aí onde o menino ele gera, toda doença vai pra ele, porque ele fica ali feito um depósito, bateu, pegou, porque não pega nela, pega na criança, uma mulé grávida não pode fitar, porque não pega nela, pega na criança, se ela tiver contato com bicho de pêlo, o menino fica fatível quando ele nascer ele encaroçar todinho, a criança na barriga ela faz qualquer tipo de coisa, qualquer tipo de doença, qualquer tipo de olhar, você tá grávida, você não pode pegar esse caroço de feijão e ficar fitando pra esses caroço de feijão, não, seu filho pode pegar.</i></p> <p><i>Você vê uma chave, você tá grávida, se derrubar uma chave ou você colocar uma chave no seio, o seu menino nasce com o beijo rachado, se você derruba, cair um</i></p>

passar pra criança.

Quando a mulher está grávida ela precisa de cuidado e muito. Ela num pode pegar muito peso, num pode sentar num batente. Por que o parto fica colado. Num pode enguiçar corda de amarrar cavalo na rodage, num pode. Num pode não, o parto fica com rabo. Num deixar bicho que tenha rabo passar pôr trás, o parto fica com rabo. E nem batente principalmente, pilão, num pode sentar-se, mode dor de cadeira.

pelinho no seu seio, nasce um sinal no menino, seja lá onde for, igualmente se uma pessoa teve contato com uma pessoa com qualquer problema na pele, feito aquela rubéola, você sabia que aquilo acaba com a criança, a mulher grávida não pode chegar nem vê uma pessoa que teja com rubéola, que ela pode passar pra criança.

Ela num pode pegar muito peso, num pode sentar num batente porque parto fica colado. Batente, principalmente, pilão, num pode sentar-se, mode dor de cadeira. Num pode enguiçar corda de amarrar cavalo na rodage, o parto fica com rabo. Num pode deixar bicho que tenha rabo passar por trás, o parto fica com rabo.

Questão 2: Quais os cuidados necessários no parto?

EXPRESSÕES -CHAVE	IDÉIAS CENTRAIS	ANCORAGEM
<p>S2</p> <p><u>Porque quando a gente faz o parto, tem a obrigação de fazer a limpeza da mulher, que quando a gente vê o parto com aquele rabo, a gente tem a maior atividade, ficar de olho na mulé, porque ela não diminui o sangue, só aumenta, dentro de 24 horas já tá começando a fedendo, infecciona logo, porque quando tira o parto ele fica apodrecendo dentro, aí tem que dar o medicamento pra ele sair, pode colocar uma chave no pescoço. Ela funciona, ela solta ele, aí ele desce.</u></p>	<p>Obrigação da parteira em fazer a limpeza da mulher.</p> <p>Infecção</p> <p>Chave no pescoço para eliminar o parto com rabo</p>	<p>Responsabilidade da parteira</p> <p>Diagnósticos e Recursos terapêuticos baseados no Saber popular</p>

Questão 2:Quais os cuidados necessários no parto?

EXPRESSÕES -CHAVE	IDÉIAS CENTRAIS	ANCORAGEM
<p>S5:</p> <p><u>Às vezes é caso de perigo. O caso de perigo é quando não tem a condição de ter em casa, aí é o caso de perigo, aí tem que tirar mesmo prá fora. Caso às vezes, o menino tá de mau jeito, as vezes tá colado, aí os casos de perigo são esse, aí não tem condição de ela ter aquela criança em casa, às vezes é caso de cesário, aí são os casos de perigo, às vezes dá hemorragia, é caso de perigo. Aí é da vez que a pessoa transporta pra fora. É isso que eu lhe digo.</u></p> <p><u>Não, até aqui não (uso luvas). Por causa que nada disso eu tenho, eu não tenho essas coisas./ E mesmo que eu não tenho prática, não sou formada para essas coisa, não tenho preparação.</u></p> <p><u>Prá cortar o cordão é tesoura. Inté aqui as tesoura que eu corto é essas tesoura mesmo que corta pano, nunca fervei não.</u></p> <p><u>Álcool, sempre tem nessas hora, nunca precisou. Sempre corre bem, inté aqui, nunca prejudicou nada.</u></p> <p><u>O que nós deve dar à mãe da criança é água inglesa, que alimpa, sempre tenho feito isso, tenho mandado comprar, os esposo delas compra água inglesa pra elas tomar. É o que alimpa, é a água inglesa, eu tenho feito isso.</u></p> <p><u>...quando a dor não fica doendo não dá nada. Quando a dor fica doendo, às vezes dá dose: dipirona, comprimido de dor, se tiver doendo. Às vezes mando o esposo comprar. Quando fica doendo é, aí manda comprar.</u></p> <p><u>As vezes tem chá que a pessoa dá e passa. Mas não é todo o chá que pode dar. O chá, tem que ser aquele chá, aquele mato, um chá que passe aquela dor. Mesmo que se fizer aquele chá e ela não puder beber aquele chá porque contamina, a gente não vai dar. É melhor dá uma dose ou um comprimido, é melhor, porque às vezes a pessoa dá um chá e nem sabe que prejudica.</u></p>	<p>Caso de perigo é ...</p> <p>Necessidade de ir para a maternidade.</p> <p>Eu não uso por que não tenho essas coisas...</p> <p>Não sou formada...</p> <p>A tesoura que eu corto é essa que corta pano...nunca fervei não.</p> <p>Álcool nunca precisou...</p> <p>Água inglesa para limpar.</p> <p>Recursos terapêuticos: comprimido de dor</p> <p>Não é todo chá que dar e passa a dor.</p> <p>É melhor dar uma dose ou um comprimido</p>	<p>Opção pela parteira popular.</p> <p>Diagnósticos populares</p> <p>Necessidade do atendimento hospitalar</p> <p>Limitações da prática popular</p> <p>Tratamento purgativo depois do parto</p> <p>Opção pelo saber técnico em detrimento do saber popular</p>

Questão 2: Quais os cuidados necessários no parto?

EXPRESSÕES –CHAVE	IDÉIAS CENTRAIS	ANCORAGEM
<p>S3 –</p> <p><i>Quando o menino vem normal, tudo é bom, quando o menino não vem normal, tem vários tipo de parto, não é um só, vem menino cabeça, vem menino de pé, vem menino de bumbum, tem menino que não nasce.</i></p> <p><u>Também, tem que ter muito cuidado, tem muito menino que é ruim de nascer</u>, às vezes faz besteira, na minha mão nunca teve um ruim de nascer não.</p> <p>...eu nunca dei os chás, daqueles chás maldito que se dá não, que eu nunca gostei. É um chá nojento, <i>uns tal de chá...</i> Uns chás não, umas esfregação, que elas dão, <u>de algodão com óleo de oliva, nunca precisei.</u></p> <p>Porque <u>quanto mais passa mais eles dói, dizem que é muito bom, mais eu nunca precisei não</u>, dar não, nunca fui assistir uma mulher pra ela demorar não, pra precisar tá fazendo <u>café quente, dando o caldo de pimenta do reino</u>, essas coisa eu nunca dei não, eu não vou mentir, eu nunca cheguei a dar a ninguém, a nenhuma não, <u>eu tinha um dom, que na hora que eu pusesse a mão em cima de uma mulé, se ela tivesse em pé, o menino caía no chão</u>, inté hoje eu não sei o que era aquilo.</p> <p><u>No parto deve ter o cuidado, porque tem um parto de rabo, esse tal de parto de rabo, que é uns rabo que fica, quando a mulher enguiça rabo de bicho, animal, corda, então fica o parto de rabo, é uns pedaço que cresce dentro, uns rabinhos</u>, (outra IC) <i>se a pessoa não tiver cuidado pra tirar tudinho, aí a mulher fica perdendo sangue e fedendo, aí é fatível a morrer, tem que dar medicamento pra ela colocar pra fora aquele rabinho que ficaram.</i></p> <p><u>O medicamento é água inglesa, se a água inglesa não resolve a pessoa tem que dar um punhado de óleo de risino pra tirar.</u></p> <p><u>De vez em quando a gente tá olhando, fazendo uma revisão</u>, pra ver se tá apontando, porque <i>quando ele aponta, aquele pedaço, a gente puxa, é assim da grossura de um dedo, outros é mais fino, só que ele quebra dentro, que as vezes é pegado, aí fica lá.</i></p> <p><u>Eu já coloquei a chave e resolveu</u>, a mulé até era meia descrente com tudo que se fazia, , não precisou nem dá o óleo, nem dar nada, não foi eu mesmo que fiz o parto, que eu tava viajando, aí quando eu cheguei, foi uma parteira de Maceió, e ela fez o parto e deixou, aí que quando eu cheguei, mamãe disse: - “Ói fulana de tal tá fedendo que nem carniça, é uma menstruação tão grande no mundo, tá perdendo tanto sangue, vai lá que tu sois mais sabida.”</p> <p>Aí quando eu cheguei lá, aí eu olhei, aí eu digo: - “ôche! Isso é pedaço de parto que tem dentro”</p> <p><u>Aí eu coloquei a chave</u> era umas quatro da tarde, quando foi seis horas ela botou, aí eu fui tirei, <u>também na hora que gente tira se acaba toda infecção, que só é ele mesmo que fede, não é a pessoa, agora se não tirar, ele infecciona a mulher.</u></p>	<p>Tem vários tipos de parto.</p> <p>A parteira tem que ter muito cuidado.</p> <p>Chás de parto.</p> <p>Nunca precisei dar chá ou café quente.</p> <p>Eu tinha um dom ...</p> <p>Parto com rabo</p> <p>Parto com rabo é ...</p> <p>Perda de sangue e risco de morte.</p> <p>Medicamento para o parto com rabo.</p> <p>Revisão da parteira</p> <p>Recurso terapêutico: chave no pescoço.</p> <p>Pedaço de parto</p> <p>A chave no pescoço para eliminar o parto com rabo.</p> <p>Depois de eliminado acaba a infecção</p>	<p>Responsabilidade da parteira.</p> <p>Saber popular de base cultural</p> <p>Recursos populares</p> <p>Crenças religiosas</p> <p>Etiologia baseada no saber popular</p> <p>Recursos terapêuticos fundamentados no saber popular</p> <p>Responsabilidade da parteira.</p> <p>Recursos terapêuticos de natureza simbólica fundamentados no saber popular</p>

Questão 2: Quais os cuidados necessários no parto?

EXPRESSÕES –CHAVE	IDÉIAS CENTRAIS	ANCORAGEM
<p>S4 –</p> <p><u>Eu não sou parteira, mas tendo precisão eu pego qualquer menino, porque tenho oração. É a oração de N. Sra. de Montsserrate, tá em casa guardada.</u></p> <p>Quando tá sofrendo pra ganhar neném? Pronto, <u>quando tá sofrendo pra ganhar neném, sendo em casa a gente bota manteiga no café, faz o remate do tempero da pimenta do reino, faz aquele remate bem forte e dá a pessoa pra tomar quando as dor aumentar.</u></p> <p><u>É pra chegar as dor, pras dor ficar forte.</u></p> <p><u>A manteiga também a pessoa fica forte e a dor vai aumentando. Aí, se a pessoa custar mais pra ganhar neném, as dor aumenta e no instante a pessoa ganha neném.</u></p> <p><u>... o parto cria um negócio bem assim, comprido assim (faz o gesto com a mão, indicando o comprimento), quando passa bicho de rabo atrás, cachorro, gato, aí num pode deixar passar pôr detrás.</u></p>	<p>Eu não sou parteira mas tendo precisão...</p> <p>Eu tenho a oração...</p> <p>Quando está sofrendo para ganhar neném...</p> <p>Manteiga no café e remate de pimenta do reino</p> <p>Para chegar a dor...</p> <p>No instante a pessoa ganha neném.</p> <p>O parto cria um negócio assim comprido...</p>	<p>Crenças religiosas</p> <p>Recursos terapêuticos baseados no saber popular</p> <p>Diagnóstico do parto com rabo</p> <p>Saber popular</p>

IAD1 – Questão 2

A- Cuidados no parto

Idéias Centrais presentes neste grupamento:

- **A parteira tem que ter muito cuidado.**
- **Eu não sou parteira, mas tendo precisão...**
- **Tem vários tipos de parto. Eu faço o exame...**
- **Recursos terapêuticos utilizados na hora do parto**
- **Para chegar a dor...**
- **Eu não uso por que não tenho essas coisas...**
- **Não sou formada...**
- **Álcool nunca precisou...**
- **A tesoura que eu corto é essa que corta pano...nunca fervi não.**
- **Água inglesa para limpar.**
- **Recursos terapêuticos: comprimido de dor**
- **Não é todo chá que dar e passa a dor.**
- **É melhor dar uma dose ou um comprimido**

EXPRESSÕES CHAVE	DSC
<p><i>Não, até aqui não (uso luvas). Por causa que nada disso eu tenho, eu não tenho essas coisas./ E mesmo que eu não tenho prática, não sou formada para essas coisa, não tenho preparo.</i></p> <p><i>Prá cortar o cordão é tesoura. Inté aqui as tesoura que eu corto é essas tesoura mesmo que corta pano, nunca fervi não.</i></p> <p><i>Álcool, sempre tem nessas hora, nunca precisou. Sempre corre bem, inté aqui, nunca prejudicou nada.</i></p> <p><i>O que nós deve dar à mãe da criança é água inglesa, que alimpa, sempre tenho feito isso, tenho mandado comprar, os esposo delas compra água inglesa pra elas tomar. É o que alimpa, é a água inglesa, eu tenho feito isso.</i></p> <p><i>...quando a dor não fica doendo não dá nada. Quando a dor fica doendo, ás vezes dá dose: dipirona, comprimido de dor, se tiver doendo. Ás vezes mando o esposo comprar. Quando fica doendo é, aí manda comprar.</i></p> <p><i>As vezes tem chá que a pessoa dá e passa. Mas não é todo o chá que pode dar. O chá, tem que ser aquele chá, aquele mato, um chá que passe aquela dor.</i></p> <p><i>Mesmo que se fizer aquele chá e ela não puder beber aquele chá porque contamina, a gente não vai dar.</i></p> <p><i>É melhor dá uma dose ou um comprimido, é melhor, porque ás vezes a pessoa dá um chá e nem sabe que prejudica.</i></p> <p><i>Quando o menino vem normal, tudo é bom, quando o menino não vem normal, tem vários tipo de parto, não é um só, vem menino cabeça, vem menino de pé, vem menino de bumbum, tem menino que não nasce.</i></p> <p><i>Também, tem que ter muito cuidado, tem muito menino que é ruim de nascer,</i></p> <p><i>, uns tal de chá... Uns chás não, umas esfregação, que</i></p>	<p>Quando vai fazer um parto deve ter o cuidado.</p> <p>Eu não sou parteira, mas tendo precisão eu pego qualquer menino, porque tenho a oração de N. Sra. de Montserrat É dom dado por Deus. Eu tinha um Dom</p> <p>Quando o menino vem normal, tudo é bom, quando o menino não vem normal, tem vários tipo de parto, não é um só, vem menino de cabeça, vem menino de pé, vem menino de bumbum, tem menino que não nasce, tem um parto de rabo.</p> <p>Eu faço um exame para ver se o menino tá normal, se tá de mau jeito. Se ele tiver normal aí no exame a gente conhece. É o exame local. No exame a gente conhece se ele tá perto, se tá longe, se vai demorar, se vai nascer logo. No exame, aí nós conhece.</p> <p>Quando tá sofrendo pra ganhar neném, sendo em casa a gente bota manteiga no café, faz o remate do tempero da pimenta do reino, faz aquele remate bem forte e dá a pessoa pra tomar quando as dor aumentar. quanto mais passa mais eles dói, Pra chegar as dor, pras dor ficar forte. dizem que é muito bom</p>

elas dão, de algodão com óleo de oliva, nunca precisei.

quanto mais passa mais eles dói, dizem que é muito bom, mais eu nunca precisei não,

café quente, dando o caldo de pimenta do reino, essas coisa eu nunca dei não, eu não vou mentir, eu nunca cheguei a dar a ninguém, a nenhuma não, eu tinha um dom, que na hora que eu pusesse a mão em cima de uma mulé, se ela tivesse em pé, o menino caia no chão

Eu não sou parteira, mas tendo precisão eu pego qualquer menino, porque tenho oração. É a oração de N. Sra. de Montsserrate, tá em casa guardada.

Quando tá sofrendo pra ganhar neném, sendo em casa a gente bota manteiga no café, faz o remate do tempero da pimenta do reino, faz aquele remate bem forte e dá a pessoa pra tomar quando as dor aumentar.

É pra chegar as dor, pras dor ficar forte.

A manteiga também a pessoa fica forte e a dor vai aumentando. Aí, se a pessoa custar mais pra ganhar neném, as dor aumenta e no instante a pessoa ganha neném.

A manteiga também a pessoa fica forte e a dor vai aumentando. Aí, se a pessoa custar mais pra ganhar neném, as dor aumenta e no instante a pessoa ganha neném.

Não, até aqui não (uso luvas). Por causa que nada disso eu tenho, eu não tenho essas coisas. E mesmo que eu não tenho prática, não sou formada para essas coisa, não tenho preparo.

Prá cortar o cordão é tesoura. Inté aqui as tesoura que eu corto é essas tesoura mesmo que corta pano, nunca fervi não.

Álcool, sempre tem nessas hora, nunca precisou. Sempre corre bem, inté aqui, nunca prejudicou nada.

O que nós deve dar à mãe da criança é água inglesa, que alimpa, sempre tenho feito isso, tenho mandado comprar, os esposo delas compra água inglesa pra elas tomar. É o que alimpa, é a água inglesa, eu tenho feito isso.

Quando a dor não fica doendo não dá nada. Quando a dor fica doendo, às vezes dá dose: dipirona, comprimido de dor, se tiver doendo

Às vezes tem chá que a pessoa dá e passa a dor. Mas não é todo o chá que pode dar.

O chá, tem que ser aquele chá, aquele mato, um chá que passe aquela dor.

É melhor dar uma dose ou um comprimido, é melhor, porque às vezes a pessoa dá um chá e nem sabe que prejudica.

Questão 2 - Parto

B – Os casos de perigo

Idéias Centrais presentes neste grupamento:

- Casos de perigo
- Quais os casos de perigo
- Necessidade de ir para o hospital

IAD2

B – Os casos de perigo

EXPRESSÕES CHAVES	DSC
<p><i>O caso de perigo é quando não tem a condição de ter em casa, aí é o caso de perigo, aí tem que tirar mesmo prá fora. Caso às vezes, o menino tá de mau jeito, as vezes tá colado, aí os casos de perigo são esse, aí não tem condição de ela ter aquela criança em casa, às vezes é caso de cesário, aí são os casos de perigo, às vezes dá hemorragia, é caso de perigo. Aí é da vez que a pessoa transporta pra fora. É isso que eu lhe digo.</i></p>	<p><i>O caso de perigo é quando não tem a condição de ter em casa, tem que tirar mesmo prá fora. Caso às vezes, o menino tá de mau jeito, às vezes tá colado, os casos de perigo são esse, às vezes é caso de cesário, às vezes dá hemorragia. Aí é da vez que a pessoa transporta pra fora.</i></p>

QUESTÃO 2: Parto

C- Problemas no parto

Idéias Centrais presentes neste grupamento:

- **Obrigaçãõ da parteira**
- **“Parto com rabo”**
- **Infecçãõ**
- **Revisãõ da parteira**
- **Pedaço de parto**
- **Perda de sangue e risco de morte**
- **Depois de eliminado acaba a infecçãõ**
- **Medicamento para o parto com rabo.**
- **Recurso terapêutico: água inglesa**
- **Recurso terapêutico: Chave no pescoço**

EXPRESSÕES CHAVES	DSC
<p><i>Porque quando a gente faz o parto, tem a obrigaçãõ de fazer a limpeza da mulher, que quando a gente vê o parto com aquele rabo, a gente tem a maior atividade, ficar de olho na mulé, porque ela não diminui o sangue, só aumenta, dentro de 24 horas já tá começando a fedendo, infecciona logo, porque quando tira o parto ele fica apodrecendo dentro, aí tem que dar o medicamento pra ele sair, pode colocar uma chave no pescoço. Ela funciona, ela solta ele, aí ele desce.</i></p> <p><i>No parto deve ter o cuidado, porque tem um parto de rabo, esse tal de parto de rabo, que é uns rabo que fica, quando a mulher enguiça rabo de bicho, animal, corda, então fica o parto de rabo, é uns pedaço que cresce dentro, uns rabinhos, (outra IC) se a pessoa não tiver cuidado pra tirar tudinho, aí a mulher fica perdendo sangue e fedendo, aí é fatível a morrer, tem que dar medicamento pra ela colocar pra fora aquele rabinho que ficaram.</i></p> <p><i>O medicamento é água inglesa, se a água inglesa não resolve a pessoa tem que dar um punhado de óleo de risino pra tirar.</i></p> <p><i>De vez em quando a gente tá olhando, fazendo uma revisãõ, pra ver se tá apontando, porque quando ele aponta, aquele pedaço, a gente puxa, é assim da grossura de um dedo, outros é mais fino, só que ele quebra dentro, que as vezes é pegado, aí fica lá.</i></p> <p><i>Eu já coloquei a chave e resolveu</i></p>	<p><i>Quando a gente faz o parto, tem a obrigaçãõ de fazer a limpeza da mulher, que quando a gente vê o parto com aquele rabo, que é uns rabo que fica quando a mulher ‘enguiça’ rabo de bicho, animal, corda, então fica o parto de rabo. Cria um negócio comprido assim. Dentro de 24 horas já tá começando a feder, infecciona logo.</i></p> <p><i>De vez em quando a gente tá olhando, fazendo uma revisãõ, pra ver se tá apontando aquele pedaço, porque quando aparece, a gente puxa, é assim da grossura de um dedo, outros é mais fino, só que ele quebra dentro, que às vezes é pegado, aí fica lá, se a pessoa não tiver cuidado pra tirar tudinho, aí a mulher fica perdendo sangue e fedendo, aí é fatível a morrer. Na hora que gente tira se acaba toda infecçãõ, que só é ele mesmo que fede, não é a pessoa, agora se não tirar, ele infecciona a mulher</i></p> <p><i>Tem que dar medicamento, a água inglesa. Se</i></p>

<p><i>Aí eu coloquei a chave, eu fui tirei, também na hora que gente tira se acaba toda infecção, que só é ele mesmo que fede, não é a pessoa, agora se não tirar, ele infecciona a mulher</i></p>	<p><i>a água inglesa não resolve, a pessoa tem que dar um punhado de óleo de rícino pra tirar, colocar uma chave no pescoço. É, ela funciona, ela solta ele, ele desce.</i></p> <p><i>Eu já coloquei (a chave) e não foi necessário ter fé, que a mulé até era meia descrente com tudo que se fazia, e resolveu, não precisou nem dar o óleo, nem dar nada.</i></p>
--	---

Questão 3 : resguardo.

IAD 1

EXPRESSÕES –CHAVE	IDÉIAS CENTRAIS	ANCORAGEM
<p>S1</p> <p><i>Eu já vi, as mais velhas do que eu, dizendo que é inté quarenta dias... quarenta dia. Muitos diz trinta dias, o resguardo é trinta dia, mas outros já diz que é inté quarenta dias.</i></p> <p><i>Os cuidados: sempre é evitar chuva, sereno, evitar de comida, por causa que eu sempre aconselho elas que não faça extravagância. Aconselho a elas que elas evitem essas coisas.</i></p> <p><i>Tem muitas comida que a mulher de resguardo não pode comer. Não pode comer negócio de fruta, tem muita fruta que ela num pode comer. A fruta que ela pode comer assim é laranja, só laranja.</i></p> <p><i>Banana, se for prata. Prata e comprida, mas outra qualidade não.</i></p> <p><i>Manga não, essas fruta assim não presta .</i></p> <p><i>Carne de vaca não pode comer. Pôr causa que eu quase morro, tem que ser a carne do macho, porque da femea prejudica. Quando eu tava de resguardo de um menino meu, que eu descansei, eu comi carne de vaca, faltou coisa pouca pra eu morrer. Depois de 10 minutos que eu comi, fiquei com o corpo todo doendo e espetando, foi a carne. Eu não recomendo. Nem compro pra eu dar a ninguém, nem também aceito que ninguém compre. Porque quando a gente vai ao açougue é muito cuidado pra não comprar carne de feme.</i></p> <p><i>Ah, galinha não prejudica não, só a carne de vaca.</i></p> <p><i>Também eu num sei qual é o peixe que a mulher de resguardo pode comer. Tem peixe que a mulher de resguardo come. Agora eu num sei bem assim a qualidade.</i></p> <p><i>Quebrar o resguardo é: você fica doente. N'eu deu logo uma dor de cabeça, aquela dor de cabeça que eu fiquei em grito, inté hoje essa dor de cabeça nunca mais ela saiu. Aí você fica com qualquer um problema, fica aí com aquele problema, quando você quebra o resguardo, é aquela doença.</i></p> <p><i>Prejudica, a raiva, medo, às vezes quebra o resguardo. Eu quebrei o resguardo, com sol quente que levei, tava com 12 dias de resguardo. Quebrei o resguardo com um sol quente e uma chuvada. Sinto dores nas pernas, dores na coluna, dor de cabeça, é assim, de vez em quando. E dores no corpo, é que nem eu tinha falado pra você, que quando a pessoa quebra o resguardo perde a saúde, nunca mais tem saúde, é assim.</i></p>	<p>Ênfase de 30 a 40 dias.</p> <p>Os cuidados são...</p> <p>Não pode comer...</p> <p>As frutas que pode comer....</p> <p>Alimentos recomendados.</p> <p>Quebra de resguardo é...</p> <p>Sintomas da quebra de resguardo.</p> <p>Causas do problema.</p> <p>Perder a saúde ...</p>	<p>Tempo de resguardo associado a quarentena</p> <p>As normas do resguardo.</p> <p>Cuidado relacionado a alimentação</p> <p>Etiologia da doença baseada em saberes culturais</p> <p>O não cumprimento da norma estabelecida.</p>
<p>S2</p> <p><i>Também, no resguardo não pegar peso rapidamente assim que chegar da maternidade, eu cuidei da Laudénice de resguardo quando ela veio mesmo lavar uns paninhos ela estava com vinte e dois dias, eu cuidei muito bem dela, e da cesariana é que eu cuidava mesmo, porque cesariana já sabe.</i></p> <p><i>A alimentação muda muito. A mulher quando não está de resguardo come peixe né, come tudo. a mulher quando está de resguardo não pode comer peixe, tem muitas que ficam com muitos gases, não pode comer macaxeira, essas coisas, aí tem que ser o que, uma carinha, um arrozinho, um macarrãozinho, uma galinha, ela operada ovo duro é bom demais, porque ajuda a cicatrizar, isso aí é muito aconselhado pelos médicos, um suco de beterraba porque ajuda muito o sangue né, aí muda muito, muda mesmo.</i></p> <p><i>A galinha não com o couro, tem que ser sem o couro, porque o couro ele tem colesterol é inflamatório, a gente dá sem o couro, tanto a de capoeira como a de granja, a de granja ainda é pior, como eu faço, como eu fazia.</i></p>	<p>Não pegar peso. Eu já cuidei ...</p> <p>Cesariana</p> <p>A alimentação muda no resguardo. Alimentos não recomendados. A dieta tem que ser...</p> <p>O ovo é cicatrizante...</p> <p>Galinha sem o couro. Alimento inflamatório</p>	<p>As normas do resguardo.</p> <p>Cuidar do agente.</p> <p>Cuidado relacionado a alimentação.</p>

<p>S3</p> <p><u>O resguardo sempre tem, as mães tem, sempre o cuidado.</u></p> <p><u>Tem umas delas que a orientação são delas mesmo,</u> você ouviu falar em negócio de <u>resguardo da mulher.</u></p> <p><u>Esse pessoal velho antigo é assim, são essas coisa.</u></p>	<p>As mulheres tem sempre o cuidados do resguardo</p> <p>Auto-orientação</p> <p>Pessoal antigo é assim...</p>	<p>As normas do resguardo.</p> <p>Conhecimento repassado através de gerações</p>
<p>S4</p> <p><u>Os cuidados que a mulher deve ter é não fazer muita extravagância, não tá subindo um canto alto, não tá correndo, não tá pisando em nada, “pufo, pufo”, rachando lenha, carregando lenha, carregando peso, se abaixando, porque é uma pessoa,(outra IC) <u>que a gente quando tem menino assim fica aberto, quer dizer ele fecha, encosta na hora, mas não cola, só vai colar depois de 45 dias,</u> (Outra IC) <u>enquanto não completar os 45 dias aquilo não tá fechado, é igual a uma cirurgia, aí se ficar fazendo besteira, aí é arriscado abrir e descer , o útero fica baixo, o útero chama-se a dona do corpo.</u></u></p> <p><u>A alimentação daquela mulher que tá de resguardo é ela não comer nada inflamável, não comer comida muito pesada, que é pra não tá forçando, tem que ser <u>uma comida maneira, uma comida que não seja inflamável porque... pra não ficar uma mulher com escorrimento, com inflamação.</u></u></p> <p><u>Uma comida inflamável é uma galinha com couro, é um peixe de couro...</u></p> <p><u>Crustáceo não, a pescada branca ela pode comer, só não pode comer de outros peixe de... chama-se inflamável, que diz que tem, eu acho que tem mesmo, que outro dia eu comi aqui um peixe, e tinha extraído a unha piorei, que até hoje.</u></p> <p><u>Cuscuz não faz mal, <u>o cuscuz é uma comida quente, e a mulher de resguardo ela já sente muita queimadura, que em tudo que ela come cuscuz, aí esquenta mais.</u></u></p> <p><u>A comida quente é aquela comida que ela aumenta o sangue, em tudo que aumenta o sangue, <u>a gente fica sentindo aquela evaporação,</u> aí só é ruim por causa disso, mais o cuscuz não faz mal a mulher de resguardo comer, não.</u></p> <p><u>Cuscuz, feijão, de primeiro as mulé não comia feijão, mais era besteira, feijão não ofende a mulher comer, o feijão é uma comida boa pra mulher que tá de resguardo.</u></p> <p><u>O leite é bom, o leite não faz mal a mulé comer de resguardo não.</u></p> <p><u>Ovo não é bom, porque tem o seguinte, <u>o ovo ele é bom cicatrizante, ele duro, mas ele deixa um bafo na mulé de resguardo, a menstruação fede muito,</u> por exemplo, se você quando menstruar, você quer tirar o teste, você cozinha o ovo e coma, ou mesmo que seja frito, preste atenção se no outro dia a sua menstruação não tá, se você comer ele frito, ele tá fedendo a peixe cru, o sangue, se você comer ele duro, é uma catíngia tão ruim. Eu comi uma vez, eu tava menstruada, pra mais nunca, que deu pra mim entender, eu fiz esse teste, eu gosto de fazer os teste com as coisa, aí eu fiz esse teste dele frito pra ele duro, ele frito, agente come ele frito tando menstruada, pode olhar, o sangue fica coma catíngia de peixe cru, e ele duro, ele <u>fica uma catíngia muito ruim mesmo,</u> tem mulé que quando come muito, tá menstruada, tá ali, mas a pessoa sente, o ruim é isso, igualmente a mulé de resguardo, <u>que a mulé de resguardo ela tá menstruada, por uma parte o ovo duro, ele é bom, porque cicatriza rápido, mas ele deixa esse mal estar na pessoa.</u></u></p> <p><u>não é ofensivo pra mulé comer, um biscoito, um pão, uma bolacha, um bolo agora pra mulé que gosta de comer de manhã, ela pode comer cuscuz.</u></p> <p><u>Se ela tiver costume pode comer tudo, pode comer um inhame, pode comer uma macaxeira, dependendo do costume que ela tem do primeiro filho, <u>ela não pode o que ela não comeu do primeiro ela comer do segundo, ela pode sim, se ela primeiro, digamos que o primeiro filho foi mulher, aí ela comeu inhame, mais não comeu macaxeira, comeu feijão, mais não comeu cuscuz, o segundo é homem, ela marca o que ela não comeu do primeiro, ela pode comer do segundo, mas se o segundo for mulher de novo ela não pode comer,</u> aí que a mulé de resguardo pode comer uma porção de besteira, <u>e hoje come tudo, antigamente só comia pirão branco, mexido... botar a galinha no fogo, sem colorau, mexer o pirão e dá mulé, só com tempero e cebola, outra coisa não botava naquela carne, e eu ainda acho que tava direito,</u></u></p> <p><u>Porque antigamente as mulé... ninguém via mulé sofrendo em casa, mulé com</u></p>	<p>Os cuidados são...</p> <p>Útero esta aberto.</p> <p>Tempo para o re-estabelecimento o</p> <p>Alimentos “inflamáveis”</p> <p>Comida pesada.</p> <p>Comida maneira</p> <p>O couro dos alimentos.</p> <p>Comida quente.</p> <p>Alimentos permitidos feijão , leite.</p> <p>O ovo é cicatrizante mas...</p> <p>Alimentos permitidos</p> <p>Costume do primeiro filho.</p>	<p>As normas do resguardo.</p> <p>Tempo de resguardo associado a quarentena.</p> <p>Re-estabelecimento o</p> <p>Fisiológico baseado em concepções populares sobre o útero</p> <p>Classificação dos alimentos associada ao equilíbrio do corpo humano</p> <p>Classificação dos alimentos associada ao equilíbrio do corpo humano</p> <p>Alimento cicatrizante - saber empírico baseado na auto-observação.</p> <p>Saberes empíricos e a dieta</p> <p>As normas de antigamente</p>

<p><i>inflamação, mulé com dor no pé de barriga, ninguém via mulé com nada, e hoje as mulé come é tudo, tando menstruada como quando tem menino, por isso é as mulé tudo doente, antigamente ninguém via, era aquelas velha, era forte medonha, dançava a noite todinha, corria, trabalhava, ninguém não via elas dizer “eu tô com o pé da barriga doendo”, ninguém via isso não, que a minha vó morreu com 90 anos, dava um pulo daqui, pulava lá, ninguém nunca viu minha vó dizer assim “eu tô com a barriga doendo, eu tô com inflamação, eu tô me escorrendo”, não, de jeito nenhum, Era 30 dias comendo pirão, sem comer nem feijão, banho era assim, tinha uma tal de quiboa, as mulé ia pra beira do rio, o marido ia, trazia aquela quiboa, cozinhava...</i></p> <p><i>Quiboa é uma erva, que tem cheirosa na beira do rio, era pra aquela mulé tá se lavando, pedra ume, era os medicamentos de antigamente.</i></p>	<p>O hoje e o antigamente</p> <p>Antigamente não tinha muita doença.</p>	
<p>S5 <u>São 40 dias. Um mês e 10dia.</u> A mulher que ganha neném, a comida dela é o pirão da galinha bem mexidinho, do primeiro filho. <u>O pirão da galinha, com oito dias come o feijão que é pra ir acostumando, come o feijão, agora somente pouquinho, não é muito não.</u> Chupar cana caiana, melancia, <u>de oito dia pôr diante.</u> Come jaca dura, só não jaca mole. <u>A jaca mole é muito carregada, a pessoa não pode comer.</u> A jaca dura a pessoa tando doente pode comer e a jaca mole não. Se comer jaca e beber água, o bago cresce na barriga, agora é somente da mole. Abacaxi não chupa, a banana prata pode comer. <u>O abacaxi é muito ácido, banana prata pode comer de oito dia em diante, banana comprida pode comer de resguardo.</u> Agora só não come banana anão, nem maçã. A banana prata e a banana pão são própria pra mulher de resguardo, e a maçã e a anão não é. <u>De 8 dia pôr diante ela pode comer feijão, pra ir acostumando.</u> Ela pode tomar leite.</p> <p><i>Cuscuz, milho pode comer.Sendo o primeiro filho.</i> Se não comer do primeiro tudo isso, dos outro não pode comer.</p> <p><i>Quando uma mulher ganha neném, sendo em casa, né. Sendo em casa , tem que comer coentro, cebola, tomate, pimentão, se quiser vinagre, bota três pinguinhos. Se quiser bota um pinguinho de limão,</i></p> <p><i>Sendo as mãe que cuida da gente tudo que vem, mas todo tempo a pessoa num tem mãe pra cuidar. Chega outro estranho pra cuidar querendo judiar, porque tudo que botar ofende.</i> Porque tem que acostumar. <i>Do primeiro filho é pra acostumar, porque se alguém quiser fazer mal, não faz.</i> Eu digo assim porque quando eu tive minha primeira filha a minha mãe botou tudo isso na minha comida pra quem quisesse fazer mal a mim, não fazer. Pra não ofender, botar coisa assim, <i>Mulher que leva ponto não pode comer essas comida pra não estragar os ponto.</i> <i>Come carne, carne de gado. A mulher que leva ponto não pode comer galinha.</i> <i>Tem que comer carne de gado até os ponto cair, que é pra não inflamar, se inflamar, poca.</i></p> <p><i>O sereno faz mal, dá dor de cabeça, aí não pode levar sereno. Sereno só de 15 dias pôr diante.</i></p> <p><u>Mais hoje em dia a mulher não tá guardando nada disso, já foi o tempo de ter um resguardo bem cumprido.</u> Porque o meu, quando eu tive o meu, <u>eu cumpri meu resguardo todinho, certinho. Hoje em dia a mulher ganha neném de manhã, de tarde já tá andando, quando é com 24 horas, vai embora pra casa. Pronto, ali leva sol, leva chuva, toma banho.</u> Eu mesmo quando ganhava neném só tomava banho morno, banho frio mesmo eu só tomava com 15 dias, de 15 dias pôr diante minha mãe só fazia esquentar a friezinha mesmo, quando tava faltando 3 dias pra completar 1 mês, aí eu ia pro rio tomar banho, levava o menino comigo mais eu.</p> <p><u>Quebrar o resguardo? É medo, sonho, as vezes a pessoa sonha sonho ruim, raiva, tudo quebra o resguardo. Aí a pessoa sente dor de cabeça, o sangue sobe pra cabeça, se a pessoa não se cuidar, endoia.</u> Dá barriga inchada, quebrar o resguardo. Da primeira filha eu quebrei o</p>	<p>Tempo de resguardo.</p> <p>O organismo tem que se acostumar...</p> <p>Consumos de Frutas</p> <p>Tipos de banana.</p> <p>O organismo tem que se acostumar...</p> <p>A dieta no primeiro resguardo</p> <p>Cuidado de mãe.</p> <p>Dieta no primeiro resguardo.</p> <p>A alimentação da mulher operada.</p> <p>Inflamação .</p> <p>Sereno...</p> <p>Cumprir o resguardo.</p> <p>O resguardo hoje em dia..</p>	<p>Tempo de resguardo associado a quarentena.</p> <p>Classificação dos alimentos associada ao equilíbrio do corpo humano</p> <p>Reintrodução dos alimentos – acostumar o organismo</p> <p>Cuidados maternos</p> <p>Normas de antigamente</p> <p>Etiologia da doença baseada em saberes</p>

<p>resguardo, foi meu Deus? Não, do segundo eu quebrei o resguardo, do terceiro quebrei o resguardo, da derradeira quebrei o resguardo.</p> <p><u>Foi que nem eu da quarta menina, se não tivesse me cuidado eu tinha endoidado, quebrei o resguardo,</u> passei 5 dia em casa, quando minha mãe me levou pra casa da mulher ela disse que se eu tivesse passado o dia em casa eu tinha endoidado, eu tinha morrido. Aí ela mandou eu tomar duas cibalena duma vez, aí eu tomei duas cibalena e o sangue desceu, preto que nem carvão, aí eu fiquei boa. Me bateu uma coceira nos pés e nas mão, que eu coçava tanto, tanto que a mão ficava inchada e os pés e a dor de cabeça cortando. Depois da cibalena, que <i>o sangue desceu, aí pronto, eu fiquei boa.</i></p>	<p>Quebrar o resguardo é...</p> <p>Sintomas da quebra de resguardo.</p>	<p>culturais</p>
<p>S6</p> <p><u>Os cuidados devem ser o máximo, porque o resguardo é uma coisa muito séria.</u> <u>O tempo de resguardo é quarenta dias,</u> o pessoal fala que é um mês, <u>mas pelo certo é quarenta dias, porque os mais velhos, minha mãe dizia,</u> minha mãe também era parteira sabe, ela falava <u>que até quarenta dias a cova da mulher está aberta, o corpo da mulher está aberto, que sabemos sim que a mulher depois que ganha o neném é como uma pedra jogada no poço, fechou, mas ela está ali com os órgãos dela todo ferido, tudo recente, mimoso e eu acho assim, o meu conselho é não facilitar, não fazer extravagância, esperar um mês, quarenta dias, porque é melhor você esperar, fazer tudo certinho, depois você tem a saúde do que se desesperar, fazer coisa errada e perder a saúde, porque saúde é uma coisa que a gente perde e não se acha assim tão fácil, eu aconselho muito essas mulheres.</u> <u>Corpo está aberto</u> é porque, por exemplo, <u>cada filho que a gente tem vai relaxando mais o útero,</u> entendeu, e se você por exemplo eu tenho meu filho, eu tive a minha filha hoje, amanhã <u>eu não posso me subir numa cadeira pra fazer uma coisa, limpar lá em cima no guarda-roupa, eu não posso pegar um peso de dez quilos,</u> sabendo que eu não vou pegar e muitas outras coisas, etc. que eu tenho passado experiências que não pode ser assim, <u>saúde é muito bom e a gente precisa.</u></p> <p><u>A alimentação deve ser bem cozida, os alimentos bem lavados, eu tenho pessoas aqui que eu tenho o cuidado do resguardo, eu mesmo faço a comida, tem pessoas de antiguidade que não quer comer um arroz, quer comer um pirão, da farinha no fogo mexida, cozida, como se fosse um cozido e <u>alimentação de resguardo é muito cuidado, onde muitas pessoas diz que não, qualquer comida serve, mas não é assim não, se você come um polvo hoje, você não vai comer de resguardo, se você come hoje abacora, você não vai comer.</u></u> <u>Abacora é um peixe, polvo também é um peixe, então tem o resguardo, se a mulher pegou ponto não vai poder comer todo tipo de alimentação, esses cuidados que eu faço, apesar de eu ter 34 anos e ter sete filhos, eu tenho o máximo de cuidado</u></p> <p><u>Os alimentos que não se pode comer no resguardo são as <u>comidas remosas.</u></u> Pato, peru, lagosta, caranguejo, camarão, entendeu, são abacora, peixes remosos.</p> <p>Olhe, <u>cusuz tem muitas que comem, eu não sou contra, mas é muito quente,</u> entendeu, eu nunca comi, <u>porque eu tive um resguardo da minha mãe.</u> <u>Comida quente não é aquela comida que saiu do fogo e está fumaçando,</u> entendeu, <u>é uma comida assim, que desceu para o seu intestino e ali não vai lhe fazer bem, a fubá é uma coisa muito quente porque o milho, é uma coisa que engrossa muito o sangue,</u> entendeu, <u>eu não aconselho não, a pessoa comer milho tem que ser um arroz, um macarrão.</u> <u>Batata doce é um alimento muito pesado pras pessoas de resguardo.</u></p> <p>Quente e pesado, por exemplo, <u>a fubá, tem pessoas que não se dá, tem pessoas que já teve derrame, e é hipertenso que não gosta de comer fubá porque com certeza ela é prejudicial e pesado significa macaxeira, você não pode comer macaxeira e ir deitar,</u> tem pessoas que diz assim, comida só ofende se você comer uma comida e ofender e pensar que vai ofender, ela lhe ofende, com certeza é, mas tem comida pesada, com certeza tem.</p>	<p>Resguardo é coisa muito séria.</p> <p>Tempo de resguardo.</p> <p>Cumprir o resguardo para não perder a saúde.</p> <p>Cuidados no resguardo.</p> <p>A alimentação deve ser...</p> <p>A alimentação muda no resguardo.</p> <p>A alimentação da mulher operada.</p> <p>O máximo de cuidado.</p> <p>Os alimentos remosos.</p> <p>Alimentos quentes.</p> <p>Cuidados de mãe.</p> <p>A alimentação deve ser ...</p> <p>Alimento pesado.</p>	<p>As normas do resguardo.</p> <p>Tempo de resguardo associado a quarentena.</p> <p>Re-estabeleciment o Fisiológico baseado em concepções populares sobre o útero</p> <p>Agentes responsáveis em cuidar</p> <p>Classificação dos alimentos associada ao equilíbrio do corpo humano</p> <p>Classificação dos alimentos associada ao equilíbrio do corpo humano</p>

<p><i>Eu acho que pra uma mulher de resguardo qualquer tipo de leite</i></p> <p><i>Galinha sem o couro. A galinha caipira, ela tendo o pescoço pelado, mulher de resguardo não pode comer, que ela é remosa, mas sendo outro tipo de galinha caipira, ou frango assim, galinha de granja, não tem problema, tirando o couro.</i></p> <p><u><i>Se a mulher de resguardo, ela teve uma preocupação, ou um susto, ou uma raiva e vai dar dor de cabeça, um inchaço na barriga, que muitos chamam resguardo quebrado, pra isso nós temos remédio, um santo remédio, que é as folhas da pimenta malagueta batido na água, água batida, água fria batido, até o ponto dela querer esquentar um pouco, porque batendo, batendo, batendo e a pessoa dar e tira aquele excesso.</i></u></p> <p><u><i>Se quebrar o resguardo dá loucura, entendeu, tem pessoas que fica até com problemas psicológicos.</i></u></p> <p>Porque quebrou o resguardo, que muita gente não acredita, mas é uma verdadeira história, que isso já aconteceu comigo, eu tive uma forte raiva e aconteceu de eu ficar quase, eu fique média, eu não conhecia ninguém, houve momento em que eu vesti 4 vestidos e eu não sabia que tava com 4 vestidos, aí eu acredito porque eu passei por isso.</p> <p><i>Para quebra de resguardo tem cura. Se você providenciar logo esse chá que eu estou dizendo, chá da folha da pimenta malagueta, senão <u>você vai levar ao médico e faz a medicação</u>, se você não tomar um certo cuidado, você fica louca ainda, vejo muitas pessoas, não aqui, mas teve muitos casos que eu vejo que foi resguardo quebrado.</i></p>	<p>Quente e pesado.</p> <p>Qualquer tipo de leite.</p> <p>O couro dos alimentos.</p> <p>Causas da quebra de resguardo.</p> <p>Recurso terapêutico utilizado.</p> <p>Conseqüências da quebra de resguardo.</p> <p>Recurso terapêutico popular / recurso terapêutico médico</p> <p>Risco de loucura.</p>	<p>Etiologia da doença baseada em saberes culturais</p> <p>Recurso terapêutico baseado na concepção de expulsar a doença.</p> <p>Reconhecimento do recurso do saber formal.</p>
--	--	--

IAD 1 –

Grupamentos de Idéias Centrais sobre o resguardo:

A- Tempo do resguardo e o por quê deste tempo:

As Idéias Centrais presentes neste grupamento:

- **Ênfase de 30 a 40 dias.**
- **O útero está aberto.**
- **Tempo para o re-estabelecimento fisiológico**
- **Tempo de resguardo.**

IAD2 – INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE DISCURSO 2.

IAD2

A- Tempo do resguardo e o por quê deste tempo

EXPRESSÕES CHAVE	DSC
<p><i>Eu já vi, as mais velhas do que eu, dizendo que é inté quarenta dias... quarenta dia. Muitos diz trinta dias, o resguardo é trinta dia, mas outros já diz que é inté quarenta dias.</i></p> <p><i>a gente quando tem menino assim fica aberto, quer dizer ele fecha, encosta na hora, mas não cola, só vai colar depois de 45 dias, enquanto não completar os 45 dias aquilo não tá fechado, é igual a uma cirurgia, aí se ficar fazendo besteira, aí é arriscado abrir e descer, o útero fica baixo, o útero chama-se a dona do corpo.</i></p> <p><i>São 40 dias. Um mês e 10dia.</i></p> <p><i>O tempo de resguardo é quarenta dias, o pessoal fala que é um mês, mas pelo certo é quarenta dias, porque os mais velhos, minha mãe dizia, minha mãe também era parteira sabe, ela falava que até quarenta dias a cova da mulher está aberta, o corpo da mulher está aberto, que sabemos sim que a mulher depois que ganha o neném é como uma pedra jogada no poço, fechou, mas ela está ali com os órgãos dela todo ferido, tudo recente, mimoso e eu acho assim,</i></p> <p><i>Esperar um mês, quarenta dias, porque é melhor você esperar,</i></p> <p><i>Corpo está aberto é porque, por exemplo, cada filho que a gente tem vai relaxando mais o útero,</i></p>	<p><i>Eu já vi as mais velhas do que eu dizendo que é inté quarenta dias. Muitos diz trinta dias, o resguardo é trinta dia, mas outros já diz que é inté quarenta dias, um mês e dez dias. (...)</i></p> <p><i>O certo é quarenta dias porque os mais velhos falavam que até quarenta dias a cova da mulher está aberta, o corpo da mulher está aberto.</i></p> <p><i>Cada filho que a gente tem vai relaxando mais o útero. E quando tem menino assim, fica aberto, quer dizer, ele fecha, encosta na hora, mas não cola, só vai colar depois de 45 dias, enquanto não completar os 45 dias aquilo não tá fechado.</i></p> <p><i>A mulher depois que ganha o neném está ali com os órgãos dela todo ferido, tudo recente, mimoso.</i></p> <p><i>É igual a uma cirurgia, aí se ficar fazendo besteira aí é arriscado abrir e descer e o útero fica baixo.</i></p> <p><i>O útero chama-se a dona do corpo.</i></p>

B- Os cuidados necessários durante o período de resguardo

As Idéias Centrais presentes neste grupamento:

- Os cuidados são...
- Não pegar peso...
- As mulheres têm sempre o cuidado do resguardo;
- Auto-orientação;
- Sereno faz mal.
- Resguardo é coisa séria...
- Cumprir o resguardo para não perder a saúde
- Cuidados no resguardo

IAD2 – INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE DISCURSO 2.

IAD2

B - Os cuidados necessários durante o período de resguardo

EXPRESSÕES CHAVE	DSC
<p><i>Os cuidados: sempre é evitar chuva, sereno, evitar de comida, por causa que eu sempre aconselho elas que não faça extravagância. Aconselho a elas que elas evitem essas coisas.</i></p> <p><i>Também, no resguardo não pegar peso rapidamente assim que chegar da maternidade, eu cuidei da Laudenice de resguardo quando ela veio mesmo lavar uns paninhos ela estava com vinte e dois dias eu cuidei muito bem dela, e da cesariana é que eu cuidava mesmo, porque cesariana já sabe.</i></p> <p><i>O resguardo sempre tem, as mães tem, sempre o cuidado.</i></p> <p><i>Tem umas delas que a orientação são delas mesmo, você ouviu falar em negócio de resguardo da mulher.</i></p> <p><i>Os cuidados que a mulher deve ter é não fazer muita extravagância, não tá subindo um canto alto, não tá correndo, não tá pisando em nada, "pufo, pufo", rachando lenha, carregando lenha, carregando peso, se abaixando, porque é uma pessoa</i></p> <p><i>O sereno faz mal, dá dor de cabeça, aí não pode levar sereno. Sereno só de 15 dias pôr diante.</i></p>	<p>Os cuidados devem ser o máximo, porque o resguardo é uma coisa muito séria. As mães têm sempre o cuidado. Tem umas delas que a orientação são delas mesmo.</p> <p>Os cuidados que a mulher deve ter é não fazer muita extravagância, não pegar peso rapidamente assim que chegar da maternidade, evitar comida, não tá correndo, se abaixando, rachando e carregando lenha, não tá subindo um canto alto, não subir numa cadeira pra limpar em cima de um móvel.</p> <p>E evitar chuva, sereno. O sereno faz mal porque dá dor-de-cabeça, aí não pode levar sereno. Sereno só de 15 dia por diante.</p> <p>Mas eu sempre aconselho elas que não faça extravagância, que elas evitem essas coisas , porque é melhor fazer tudo certinho, do que se desesperar, fazer coisa errada e perder a saúde, porque saúde é uma coisa que a gente perde e não se acha assim tão fácil.</p>

<p><i>Os cuidados devem ser o máximo, porque o resguardo é uma coisa muito séria...</i></p> <p><i>o meu conselho é não facilitar, não fazer extravagância, porque é melhor você esperar, fazer tudo certinho, depois você tem a saúde do que se desesperar, fazer coisa errada e perder a saúde, porque saúde é uma coisa que a gente perde e não se acha assim tão fácil, eu aconselho muito essas mulheres.</i></p> <p><i>eu não posso me subir numa cadeira pra fazer uma coisa, limpar lá em cima no guarda-roupa, eu não posso pegar um peso de dez quilos, sabendo que eu não vou pegar e muitas outras coisas, etc. que eu tenho passado experiências que não pode ser assim, saúde é muito bom e a gente precisa.</i></p>	<p><i>Tenho passado experiências que não pode ser assim, saúde é muito bom e a gente precisa...</i></p>
---	---

C- Cuidados relacionados com a alimentação

A alimentação no período de resguardo, foi muito enfatizada por isso separamos o grupamento C em vários grupamentos denominados:

C1 – Importância da alimentação no resguardo

C2 – Alimentos não recomendados

C3 – O consumo de frutas no resguardo

C4 – Alimentação no resguardo da mulher que levou ponto

C5 – Dieta no primeiro resguardo e o sexo da criança

C6 – Antigamente era assim...

As Idéias Centrais presentes no grupamento C1 denominado “Importância da alimentação no resguardo” foram:

- Não pode comer...
- Cesariana
- A alimentação muda no resguardo
- A dieta tem que ser...
- comida maneira
- leite
- Alimentos permitidos
- Cuidado de mãe.
- A alimentação deve ser...
- A alimentação muda no resguardo.

IAD2 – INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE DISCURSO 2.

IAD2

C1 – Importância da alimentação no resguardo

EXPRESSÕES CHAVE <i>Tem muitas comida que a mulher de resguardo não pode comer.</i> <i>eu cuidei muito bem dela, e da cesariana é que eu cuidava mesmo, porque cesariana já sabe.</i>	DSC <i>A alimentação muda muito. A alimentação no resguardo é muito cuidado, deve ser bem cozida, os alimentos bem lavados.</i>
--	---

<p><i>A alimentação muda muito. A mulher quando não está de resguardo come peixe né, come tudo.</i></p> <p><i>...aí tem que ser o que, uma carninha, um arrozinho, um macarrãozinho, uma galinha,</i></p> <p><i>tem que ser uma comida maneira</i></p> <p><i>O leite é bom, o leite não faz mal a mulé comer de resguardo não.</i></p> <p><i>não é ofensivo pra mulé comer, um biscoito, um pão, uma bolacha, um bolo</i></p> <p><i>Ela pode tomar leite.</i></p> <p><i>Sendo em casa , tem que comer coentro, cebola, tomate, pimentão, se quiser vinagre, bota três pinguinhos. Se quiser bota um pinguinho de limão,</i></p> <p><i>Sendo as mãe que cuida da gente tudo que vem, mas todo tempo a pessoa num tem mãe pra cuidar. Chega outro estranho pra cuidar querendo judiar, porque tudo que botar ofende.</i></p> <p><i>a minha mãe botou tudo isso na minha comida pra quem quisesse fazer mal a mim, não fazer</i></p> <p><i>A alimentação deve ser bem cozida, os alimentos bem lavados, eu tenho pessoas aqui que eu tenho o cuidado do resguardo, eu mesmo faço a comida,</i></p> <p><i>alimentação de resguardo é muito cuidado, onde muitas pessoas diz que não, qualquer comida serve, mas não é assim não, se você come um polvo hoje, você não vai comer de resguardo, se você come hoje abacora, você não vai comer.</i></p> <p><i>tem que ser um arroz, um macarrão.</i></p> <p><i>Eu acho que pra uma mulher de resguardo qualquer tipo de leite</i></p>	<p><i>Tem que ser uma comida maneira: uma carninha, um arrozinho, um macarrãozinho. Uma bolacha, um bolo, um biscoito, um pão, pode comer um inhame.</i></p> <p><i>Um suco de beterraba porque ajuda muito o sangue.</i></p> <p><i>Ela pode tomar leite, qualquer tipo de leite. O leite é bom, o leite não faz mal a mulé de resguardo comer.</i></p> <p><i>Muitas pessoas diz que não, qualquer comida serve, mas não é assim não. Tem muitas comida que a mulher de resguardo não pode comer.</i></p> <p><i>É arriscado até morrer por causa que às vezes a pessoa não tem resguardo de comida. O que chega, o que vê quer comer, aí prejudica.</i></p> <p><i>Se você come hoje abacora, você não vai comer de resguardo, se você come um polvo hoje, você não vai comer. Eu nunca comi, porque eu tive um resguardo da minha mãe.</i></p> <p><i>Sendo as mãe que cuida da gente tudo vem, mas nem todo tempo a pessoa num tem mãe pra cuidar.</i></p> <p><i>Eu tenho pessoas aqui que eu tenho o cuidado do resguardo, eu mesmo faço a comida. Eu cuidei de XXXX de resguardo, eu cuidei muito bem dela, e da cesariana é que eu cuidava mesmo, porque cesariana já sabe.</i></p>
--	---

C2 – Alimentos não recomendados

Idéias Centrais presentes neste grupamento :

- Não pode comer...
- Alimentos não recomendados.
- Comida pesada.
- Comida quente.
- Os alimentos remosos.
- Alimentos quentes.
- Alimento pesado.
- Quente e pesado.
- O couro dos alimentos.

IAD2 – INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE DISCURSO 2.

IAD2

C2 – Alimentos não recomendados

EXPRESSÕES CHAVE	DSC
<p><i>a mulher quando está de resguardo não pode comer peixe, tem muitas que ficam com muitos gases, não pode comer macaxeira, essas coisas, aí</i></p> <p><i>não comer comida muito pesada, que é pra não tá forçando</i></p> <p><i>Crustáceo não</i></p> <p><i>Cuscuz não faz mal, o cuscuz é uma comida quente, e a mulher de resguardo ela já sente muita quentura, que em tudo que ela come cuscuz, aí esquenta mais. A comida quente é aquela comida que ela aumenta o sangue, em tudo que aumenta o sangue, a gente fica sentindo aquela evaporação, aí só é ruim por causa disso, mais o cuscuz não faz mal a mulher de resguardo comer, não</i></p> <p><i>Abacora é um peixe, polvo também é um peixe, então tem o resguardo</i></p> <p><i>Os alimentos que não se pode comer no resguardo são as comidas remosas. Pato, peru, lagosta, caranguejo, camarão, entendeu, são abacora, peixes remosos.</i></p> <p><i>cuscuz tem muitas que comem, eu não sou contra, mas é muito quente, entendeu, eu nunca comi, porque eu tive um resguardo da minha mãe.</i></p> <p><i>Comida quente não é aquela comida que saiu do fogo e está fumaçando, entendeu, é uma comida assim, que desceu para o seu intestino e ali não vai lhe fazer bem, a fubá é uma coisa muito quente porque o milho, é uma coisa que engrossa muito o sangue, entendeu, eu não aconselho não, a pessoa comer milho tem que ser</i></p>	<p>DSC</p> <p><i>As comidas reimosas não se podem comer no resguardo. A mulher quando está de resguardo não pode comer peixe, abacora, polvo. Peixes são reimosos, então tem o resguardo. Mas tem peixe que a mulher de resguardo come, a pescada branca ela pode comer. Outras comidas reimosas são: pato, peru, lagosta, caranguejo, camarão.</i></p> <p><i>A galinha caipira, ela tendo o pescoço pelado, mulher de resguardo não pode comer, que ela é remosa, mas sendo outro tipo de galinha caipira, ou frango assim, galinha de granja, não tem problema, tirando o couro.</i></p> <p><i>Batata doce é um alimento muito pesado pras pessoa de resguardo; pesado também significa macaxeira. Você não pode comer macaxeira e ir deitar. Tem muitas que ficam com muitos gases, por isso não pode comer macaxeira.</i></p> <p><i>Milho, cuscuz, fuba pode comer, tem muitas que comem, eu não sou contra, mas é muito quente, o cuscuz é uma comida quente, é uma comida assim, que desceu para o seu intestino e ali não</i></p>

<p><i>um arroz, um macarrão.</i></p> <p><i>Batata doce é um alimento muito pesado pras pessoas de resguardo.</i></p> <p><i>a fubá, tem pessoas que não se dá, tem pessoas que já teve derrame, e é hipertenso que não gosta de comer fubá porque com certeza ela é prejudicial e pesado significa macaxeira, você não pode comer macaxeira e ir deitar.</i></p> <p><i>Galinha sem o couro. A galinha caipira, ela tendo o pescoço pelado, mulher de resguardo não pode comer, que ela é remosa, mas sendo outro tipo de galinha caipira, ou frango assim, galinha de granja, não tem problema, tirando o couro.</i></p>	<p><i>vai lhe fazer bem, a fubá é uma coisa muito quente porque o milho é uma coisa que engrossa muito o sangue, aumenta o sangue e a mulher de resguardo ela já sente muita quentura, que em tudo que ela come cuscuta, aí esquenta mais.</i></p> <p><i>Tem pessoas que não se dá, tem pessoas que não gosta de comer fubá porque com certeza ela é prejudicial. Eu não aconselho a pessoa comer milho (...)</i></p> <p><i>De primeiro as mulé não comia feijão, mas era besteira; feijão não ofende a mulher comer, o feijão é uma comida boa pra mulher que tá de resguardo.</i></p>
---	---

C3 – O consumo de frutas no resguardo

Idéias Centrais presentes neste grupamento:

- As frutas que pode comer.
- Consumo de frutas
- Tipos de banana

IAD2 – INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE DISCURSO 2.

IAD2

C3 – O consumo de frutas no resguardo

EXPRESSÕES CHAVE	DSC
<p><i>A fruta que ela pode comer assim é laranja, só laranja. Banana, se for prata. Prata e comprida, mas outra qualidade não.</i></p> <p><i>Manga não, essas fruta assim não presta .</i></p> <p><i>Chupar cana caiana, melancia, de oito dia pôr diante.</i></p> <p><i>Come jaca dura, só não jaca mole. A jaca mole é muito carregada, a pessoa não pode comer. A jaca dura a pessoa tando doente pode comer e a jaca mole não. Se comer jaca e beber água, o bago cresce na barriga, agora é somente da mole. Abacaxi não chupa, a banana prata pode comer. O abacaxi é muito ácido, banana prata pode comer de oito dia em diante, banana comprida pode comer de resguardo. Agora só não come banana anão, nem maçã.</i></p> <p><i>A banana prata e a banana pão são própria pra mulher de resguardo, e a maçã e a anão não é.</i></p>	<p><i>A fruta que ela pode comer assim é laranja, banana se for prata e comprida, também a banana pão, mas outra qualidade não. Não come banana-anão nem maçã. A banana-prata e a banana-pão são própria pra mulher de resguardo, e a maçã e a anão, não é.</i></p> <p><i>Come jaca-dura, só não jaca-mole. A jaca-mole é muito carregada. Se comer jaca e beber água, o bago cresce na barriga, agora é somente da mole.</i></p> <p><i>Chupar cana-caiana, melancia, de oito dia por diante.</i></p> <p><i>Abacaxi não chupa. O abacaxi é muito ácido</i></p> <p><i>Manga, essa fruta não presta não.</i></p>

C4 – Alimentação no resguardo da mulher que levou ponto

Idéias Centrais presentes neste grupamento:

- O ovo é cicatrizante...
- Galinha sem o couro.
- Alimento inflamatório.
- Alimentos "inflamáveis".
- O ovo é cicatrizante mas...
- A alimentação da mulher operada.
- Inflamação.
- A alimentação da mulher operada.

IAD2 – INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE DISCURSO 2.

IAD2

C4 – Alimentação no resguardo da mulher que levou ponto

EXPRESSÕES CHAVE	DSC
<p><i>ela operada ovo duro é bom demais, porque ajuda a cicatrizar, isso aí é muito aconselhado pelos médicos.</i></p> <p><i>A galinha não com o couro, tem que ser sem o couro, porque o couro ele tem colesterol é inflamatório, a gente dá sem o couro, tanto a de capoeira como a de granja, a de granja ainda é pior, como eu faço, como eu fazia.</i></p> <p><i>A alimentação daquela mulher que tá de resguardo é ela não comer nada inflamável, uma comida que não seja inflamável porque... pra não ficar uma mulher com escorrimento, com inflamação.</i></p> <p><i>Uma comida inflamável é uma galinha com couro, é um peixe de couro...</i></p> <p><i>Ovo não é bom, porque tem o seguinte, o ovo ele é bom cicatrizante, ele duro, mas ele deixa um bafo na mulé de resguardo, a menstruação fede muito</i></p> <p><i>a mulé de resguardo ela tá menstruada, por uma parte o ovo duro, ele é bom, porque cicatriza rápido, mas ele deixa esse mal estar na pessoa.</i></p> <p><i>Mulher que leva ponto não pode comer essas comida pra não estragar os ponto. Come carne, carne de gado. A mulher que leva ponto não pode comer galinha. Tem que comer carne de gado até os ponto cair, que é pra não inflamar, se inflamar, poca.</i></p> <p><i>se a mulher pegou ponto não vai poder comer todo tipo de alimentação,</i></p>	<p>DSC</p> <p><i>Se a mulher pegou ponto, não vai poder comer todo tipo de alimentação. Mulher que leva ponto não pode comer essas comida pra não estragar os ponto. Tem que comer carne de gado até os ponto cair, que é pra não inflamar. Se inflamar, poca. Tem que ser uma comida que não seja inflamável pra não ficar uma mulher com escorrimento, com inflamação.</i></p> <p><i>Não pode comer galinha com o couro, tem que ser sem o couro, porque o couro ele tem colesterol, é inflamatório, a gente dá sem o couro, tanto a de capoeira como a de granja, a de granja ainda é pior.</i></p> <p><i>Ela operada, ovo duro é bom demais, porque ajuda a cicatrizar, isso aí é muito aconselhado pelos médicos. Ele duro é bom cicatrizante, mas ele deixa um bafo na mulé de resguardo, a menstruação fede</i></p>

muito; o sangue fica uma catinga muito ruim mesmo.

Por uma parte, o ovo duro, ele é bom, porque cicatriza rápido, mas ele deixa esse mal-estar na pessoa.

C5 – Dieta no primeiro resguardo e o sexo da criança

Idéias Centrais presentes neste grupamento:

- Costume do primeiro filho.
- O organismo tem que se acostumar.
- Dieta no primeiro resguardo.
-

IAD2 – INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE DISCURSO 2.

IAD2

C5 – Dieta no primeiro resguardo e o sexo da criança

EXPRESSÕES CHAVE	DSC
<p><i>Se ela tiver costume pode comer tudo, pode comer um inhame, pode comer uma macaxeira, dependendo do costume que ela tem do primeiro filho, ela não pode o que ela não comeu do primeiro ela comer do segundo, ela pode sim, se ela primeiro, digamos que o primeiro filho foi mulher, aí ela comeu inhame, mais não comeu macaxeira, comeu feijão, mais não comeu cuscuz, o segundo é homem, ela marca o que ela não comeu do primeiro, ela pode comer do segundo, mas se o segundo for mulher de novo ela não pode comer</i></p> <p><i>O pirão da galinha, com oito dias come o feijão que é pra ir acostumando, come o feijão, agora somente pouquinho, não é muito não</i></p> <p><i>Do primeiro filho é pra acostumar, porque se alguém quiser fazer mal, não faz</i></p>	<p>Se ela tiver costume, pode comer tudo, pode comer um inhame, pode comer uma macaxeira, dependendo do costume que ela tem do primeiro filho.</p> <p>Ela não pode o que ela não comeu do primeiro ela comer do segundo. Se não comer do primeiro tudo isso, dos outro não pode comer.</p> <p>Do primeiro filho é pra acostumar, porque se alguém quiser fazer mal, não faz. Se o primeiro filho foi mulher, aí ela comeu inhame, mas não comeu macaxeira, comeu feijão, mas não comeu cuscuz, o segundo é homem, ela marca o que ela não comeu do primeiro, ela pode comer do segundo, mas se o segundo for mulher de novo, ela não pode comer.</p> <p>O pirão da galinha, com oito dias come o feijão que é pra ir acostumando, come o feijão, agora somente pouquinho, não é muito não</p>

C6- Antigamente era assim...

Idéias Centrais presentes neste grupamento:

- Cumprir o resguardo.
- O resguardo hoje em dia.
- Pessoal antigo é assim...
- O hoje e o antigamente.
- Antigamente não tinha muitas doenças.

IAD2 – INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE DISCURSO 2.

IAD2

C6- Antigamente era assim...

EXPRESSÕES CHAVE	DSC
<p><i>Esse pessoal velho antigo é assim, são essas coisa.</i></p> <p><i>e hoje come tudo, antigamente só comia pirão branco, mexido... botar a galinha no fogo, sem colorau, mexer o pirão e dá mulé, só com tempero e cebola, outra coisa não botava naquela carne, e eu ainda acho que tava direito, Porque antigamente as mulé... ninguém via mulé sofrendo em casa, mulé com inflamação, mulé com dor no pé de barriga, ninguém via mulé com nada, e hoje as mulé come é tudo, tando menstruada como quando tem menino, por isso é as mulé tudo doente, antigamente ninguém via, era aquelas velha, era forte medonha, dançava a noite todinha, corria, trabalhava, ninguém não via elas dizer "eu tô com o pé da barriga doendo", ninguém via isso não</i></p> <p><i>Mais hoje em dia a mulher não tá guardando nada disso, já foi o tempo de ter um resguardo bem cumprido. Porque o meu, quando eu tive o meu, eu cumpri meu resguardo todinho, certinho. Hoje em dia a mulher ganha neném de manhã, de tarde já tá andando, quando é com 24 horas, vai embora pra casa. Pronto, ali leva sol, leva chuva, toma banho</i></p>	<p><i>Hoje come tudo, a mulher não tá guardando nada disso, já foi o tempo de ter um resguardo bem cumprido., antigamente só comia pirão branco, mexido.</i></p> <p><i>Ainda tem pessoas da antigüidade que não quer comer um arroz, quer comer um pirão de farinha no fogo mexido, como se fosse um cozido. Esse pessoal velho, antigo, é assim, são essas coisa.</i></p> <p><i>Mas, eu ainda acho que tava direito, porque antigamente as mulé... ninguém via mulé sofrendo em casa, mulé com inflamação, mulé com dor no pé-de-barriga, ninguém via mulé com nada, antigamente ninguém via, era aquelas velha, era forte medonha, dançava a noite todinha, corria, trabalhava, ninguém não via elas dizer 'eu tô com o pé-da-barriga doendo'.</i></p>

D - Quebra de resguardo

Idéias Centrais presentes:

- Quebra de resguardo é ...
- Causas da quebra resguardo
- Sintomas da quebra de resguardo
- Conseqüências da quebra de resguardo
- Recurso terapêutico popular/ recurso terapêutico médico
- Risco de loucura

IAD2

Quebra de resguardo

<p>EXPRESSÕES CHAVE</p> <p><i>Quebrar o resguardo é: você fica doente. N'eu deu logo uma dor de cabeça, aquela dor de cabeça que eu fiquei em grito, Aí você fica com qualquer um problema, fica aí com aquele problema, quando você quebra o resguardo, é aquela doença.</i></p> <p>Prejudica, a raiva, medo, às vezes quebra o resguardo. <i>Quebrei o resguardo com um sol quente e uma chuvada. Sinto dores nas pernas, dores na coluna, dor de cabeça, Assim, de vez em quando. E dores no corpo, é que nem eu tinha falado pra você, que quando a pessoa quebra o resguardo perde a saúde, nunca mais tem saúde, é assim.</i></p> <p><i>Quebrar o resguardo? É medo, sonho, as vezes a pessoa sonha sonho ruim, raiva, tudo quebra o resguardo. Aí a pessoa sente dor de cabeça, o sangue sobe pra cabeça, se a pessoa não se cuidar, endoia.</i></p> <p><i>Dá barriga inchada, quebrar o resguardo.</i></p> <p>Foi que nem eu da quarta menina, se não tivesse me cuidado eu tinha endoidado, quebrei o resguardo,</p> <p><i>Se a mulher de resguardo, ela teve uma preocupação, ou um susto, ou uma raiva e vai dar dor de cabeça, um inchaço na barriga, que muitos chamam resguardo quebrado, pra isso nós temos remédio, um santo remédio, que é as folhas da pimenta malagueta batido na água, água fria batido, até o ponto dela querer esquentar um pouco, porque batendo, batendo, batendo e a pessoa dar e tira aquele excesso.</i></p> <p><i>Se quebrar o resguardo dá loucura, entendeu, tem pessoas que fica até com problemas psicológicos.</i></p>	<p>DSC</p> <p><i>Se a mulher de resguardo teve uma preocupação, um susto, uma raiva, um medo, até mesmo um sonho ruim vai dar um inchaço na barriga, uma dor-de-cabeça com dores nas pernas, dores na coluna, que muitos chamam resguardo quebrado. O sangue sobe pra cabeça, se a pessoa não se cuidar, endoia. Dá loucura, tem pessoas que fica até com problemas psicológicos.</i></p> <p><i>Você fica doente, fica com aquele problema, aquela doença.</i></p> <p><i>Agora, tem que providenciar logo chá da folha da pimenta malagueta. as folhas da pimenta malagueta batida na água, e a pessoa dá e tira aquele excesso. Se não, você vai levar ao médico e faz a medicação. Se não tomar um certo cuidado, fica louca ainda.</i></p> <p><i>Quando a pessoa quebra o resguardo perde a saúde, nunca mais tem saúde, é assim.</i></p>
--	--

*Para quebra de resguardo tem cura. Se você providenciar logo esse chá **que eu estou dizendo**, chá da folha da pimenta malagueta, senão você vai levar ao médico e faz a medicação, se você não tomar um certo cuidado, você fica louca ainda, **vejo muitas pessoas, não aqui, mas teve muitos casos que eu vejo que foi resguardo quebrado.***