UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE HUMANIDADES
UNIDADE ACADÊMICA DE GEOGRAFIA
CURSO DE LICENCIATURA EM GEOGRAFIA

VALÉRIA DA SILVA SOUSA

UM OLHAR SOBRE AS PRÁTICAS DE CURA EM CAMPINA GRANDE: MORADORES E AGENTES COMUNITÁRIOS EM BUSCA DE UMA RACIONALIDADE ALTERNATIVA EM SAÚDE

Campina Grande- PB
2014

VALÉRIA DA SILVA SOUSA

UM OLHAR SOBRE AS PRÁTICAS DE CURA EM CAMPINA GRANDE: MORADORES E AGENTES COMUNITÁRIOS EM BUSCA DE UMA RACIONALIDADE ALTERNATIVA EM SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso modalidade Monografia, apresentado à Coordenação de TCC como requisito parcial para obtenção do grau de Licenciado em Geografia pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)-Campus Campina Grande.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Martha Priscila Bezerra Pereira

Campina Grande- PB
2014

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL DA UFCG

S725o Sousa, Valéria da Silva.
Um olhar sobre as práticas de cura em Campina Grande : moradores e agentes comunitários em busca de uma racionalidade alternativa em saúde / Valéria da Silva Sousa. – Campina Grande, 2014.
62 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em Geografia) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Humanidades, 2014.

"Orientação: Prof.ª Dr.ª Martha Priscila Bezerra Pereira".
Referências.

1. Medicina Alternativa - Geografia. 2. Comunidade. 3. SIG. I. Pereira, Martha Priscila Bezerra. II. Título.

CDU 911.3(043)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE HUMANIDADES
UNIDADE ACADÊMICA DE GEOGRAFIA
CURSO DE GEOGRAFIA

VALÉRIA DA SILVA SOUSA

UM OLHAR SOBRE AS PRÁTICAS DE CURA EM CAMPINA GRANDE: MORADORES E AGENTES COMUNITÁRIOS EM BUSCA DE UMA RACIONALIDADE ALTERNATIVA EM SAÚDE

Aprovado em: 13 de novembro de 2014.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Martha Priscila Bezerra Pereira
Orientadora – UAG/CH/UFCG

Profa. Ma. Kleane Maria Da Fonseca Azevedo Araújo
Examinador – UAG/CH/UFCG

Prof. Dr. Xisto Serafim de Santana de Souza Junior
Examinador – UAG/CH/UFCG

Dedico este trabalho a minha família em nome de todos os esforços realizados, principalmente pela minha mãe Guiomar Diniz da Silva, pelo meu pai Valdeci Moreno de Sousa e pela minha tia Berta Ferreira, ao longo do percurso que trilhei para chegar até aqui.

Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

Irei aqui destacar não só quem contribui para realização deste trabalho, tendo em vista que ele representa a conclusão do curso de Geografia que iniciei em 2010. O que me faz sentir intimada a agradecer a todas e todos que me ajudaram nessa caminhada de mais de quatro anos. Primeiramente são inúmeras as pessoas que contribuíram direta ou indiretamente ao longo desses anos, não sendo possível no momento fazer menção a todos irei citar os que mais me marcaram durante este período.

Agradeço a Deus pela dádiva de viver o que me possibilita inúmeras experiências entre elas a de estudar, que me encanta desde a primeira vez que minha mãe me ensinou os primeiros rabiscos. A meus pais, Guiomar Diniz da Silva Sousa e Valdeci Moreno de Sousa, que em meio a todas as dificuldades que passaram principalmente ao longo dos anos que trabalharam de caseiros em vários sítios, sempre me incentivaram e fizeram o que estava ao seu alcance para garantir meus estudos e dos meus irmãos. A meus irmãos Valdênia, Valdinete e Valdery pelo apoio e alegrias que já me proporcionaram ao longo de todos esses anos. A todos os meus familiares (tios, tias, primos e primas) que contribuíram para minha vida escolar, em especial a minha tia Berta Ferreira Diniz e seus filhos, ela que abriu as portas da sua casa, me acolheu e me apoiou desde 2010. Sem a sua ajuda não teria realizado meu curso. As minhas primas Heriberta e Heriverta pelo incentivo, apoio, conselhos e amor, vocês são para mim grandes amigas, exemplos de ser humano e irmãs. Ao meu primo Antônio Pê Júnior, pelo apoio, amizade e pelas horas de conversas sobre os mais diversos assuntos durantes esses anos de convivência.

A todos os meus professores do Ensino Básico que contribuíram para minha formação enquanto ser humano, por meio do ensino de valores morais que levarei comigo para o resto da vida. Em especial ao professor Everton Carvalho do 3º ano do Ensino Médio que despertou em mim a paixão pela Geografia por meio de suas aulas instigantes de Geopolítica Mundial. A todos os professores e funcionários da Unidade Acadêmica de Geografia e aos professores da Unidade Acadêmica de Educação com os quais tive oportunidade de ter aulas. Todos vocês contribuíram de diversas formas para minha formação enquanto Professora de Geografia, através de ensinamentos não só acadêmicos. A professora Martha Priscila por ter me apresentado a mais uma área da Geografia com a qual me encantei: a Geografia da Saúde. Agradeço por ter acreditado em mim, por todas as suas orientações, ensinamentos e paciência ao longo desses anos

que estivemos juntas. Sem a suas contribuições a realização deste trabalho não teria sido possível.

A todos os amigos que conquistei durante esses quatro anos, sem a amizade e o apoio de vocês eu não teria chegado ao fim deste curso. Em especial agradeço a Laís Rodrigues, Jefferson Oriente, Rayla Valério e Edilson Ramos amigos de curso que se tornaram verdadeiros irmãos com os quais posso contar para o resto da vida. A Edísio Torres, Trycia Ryane, Mayara Góes, Mateus Morais e Renalle de Jesus por terem me apresentado o movimento estudantil, com o qual aprendi na prática a importância de lutarmos por nossos direitos em busca de uma sociedade mais justa. Agradeço a vocês pelo companheirismo, solidariedade, apoio, amizade por me darem à honra de ter como amigos pessoas tão humanas com as quais compartilhei muitas das inúmeras alegrias vividas durante a realização desse curso.

Agradeço ao Pró Saúde Geo, e ao Gids grupos de pesquisas que me possibilitaram iniciar minhas atividades de pesquisa, com destaque para os alunos desses grupos que me auxiliaram diversas vezes na aplicação de questionários durante a realização do PIBIC. Ao CNPq pelo financiamento e concessão das bolsas PIBIC (agosto de 2012 a julho de 2013) e PIVIC (agosto de 2010 a julho de 2011).

Agradeço a todos os profissionais das Unidades Básicas de Saúde que me receberam, e a todos os moradores que se mostraram solícitos em responder os formulários da pesquisa PIBIC que deu origem a este trabalho; e a todos os agentes comunitários de saúde (ACS) que participaram desta pesquisa. Se não fosse a disponibilidade dos sujeitos mencionados este estudo não teria sido realizado, a todos vocês meu muito obrigado.

Por fim agradeço aos professores da banca examinadora Prof. Dr. Xisto Serafim de Santana de Sousa Júnior e Prof.ª Mª. Kleane Maria da Fonseca Azevedo Araújo, pela disponibilidade em contribuir para este trabalho através de suas avaliações.

“Que o espaço se torne, cada vez mais, o espaço de todos os homens, e não o espaço do capital, que oprime e explora.”

(Milton Santos)

“Sonha e serás livre de espírito... luta e serás livre na vida.”

(Che Guevara)

RESUMO

O cuidado com a saúde envolve uma série de práticas entre elas a da medicina tradicional e alternativa, que são utilizadas no Brasil em conjunto com as da medicina oficial desde a época colonial. Mesmo existindo uma desqualificação destas práticas por parte da medicina científica a utilização delas vem crescendo desde finais do século passado. Estudos realizados entre os anos de 2012 e 2014 em Campina Grande-PB, mostraram que existe adoção de práticas de cura da medicina complementar por parte da população investigada. Este trabalho tem por objetivo entender as escolhas de formas de cura realizadas pelos moradores praticantes da medicina complementar atendidos por ACS em Campina Grande. Foram realizados os seguintes procedimentos metodológicos: análise dos resultados da pesquisa PIBIC "A arte do cuidar da saúde: relação entre o morador e o ACS em Campina Grande-PB"; realização de entrevistas com os agentes de saúde destacados na pesquisa mencionada anteriormente, que atendem a porcentagem maior de população adepta de práticas de cura alternativas; elaboração de mapa em ambiente SIG para espacializar as informações referentes à porcentagem de adeptos de práticas alternativas em saúde. A adoção de práticas de cura da medicina tradicional e alternativa por parte dos moradores e agentes de saúde está relacionada a aspectos culturais, econômicos, ambientais e organizacionais. Um diálogo com estes sujeitos permitiria uma melhor racionalização de ações no sentido de promover espaços saudáveis na perspectiva da medicina tradicional e alternativa.

Palavras-chaves: medicina alternativa; comunidade; ACS; espaços saudáveis.

ABSTRACT

The health care involves a number of practices including traditional and alternative medicine, which are used in Brazil in combination with the official medicine since colonial time. Even though there is a disqualification of these practices by the scientific medicine, the use of them has been increasing since the end of last century. Studies conducted between 2012 and 2014 in Campina Grande-PB showed that there is an adopting healing practices of complementary medicine by the population investigated. This work aims to understand the choices of healing ways realized by residentes that perform complementary medicine served by as ACS in Campina Grande. The following methodological procedures were performed: analysis of the results from PIBIC research named "The art of health care: relationship between the resident and the ACS in Campina Grande-PB"; achievement of interviews with health providers in the research mentioned above which are those who provide care for a higher percentage of alternative healing practice medicine; developing of a map in GIS environment to spatialize the information related to the percentage of alternative health practices adherents. The adoption of traditional and alternative healing practices by the residents and health providers is related to cultural, economic, environmental and organizational aspects. A dialogue with these people will allow a better rationalization of actions in an effort to promote healthy spaces inside alternative and traditional medicine.

Keywords: alternative medicine; community; ACS; healthy spaces.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....16
CAPÍTULO 1
O cuidado com a saúde: aspecto contextual.....19
CAPÍTULO 2
Artes de curar: uma visão geográfica.....27
CAPÍTULO 3
Caminhos percorridos na pesquisa.....35
CAPÍTULO 4
Práticas alternativas em saúde: um olhar sobre os agentes comunitários de saúde e seus moradores.....41
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....53
REFERÊNCIAS.....54
ANEXOS.....57

LISTA DE TABELAS

TABELA A – Número de pessoas por ACS que marcaram as opções referentes a práticas alternativas para a questão 01.....37

TABELA B – Número de pessoas por ACS que marcaram as opções referentes a práticas alternativas para a questão 03.....38

TABELA C – Número de pessoas por ACS que marcaram as opções referentes a práticas alternativas para a questão 04.....38

LISTA DE QUADROS

QUADRO 01 – Agentes comunitários de saúde responsáveis por maior número de moradores adeptos de práticas alternativas de cura.....39

QUADRO 02 – Eixo A: dados gerais sobre os agentes entrevistados.....46

QUADRO 03 – Eixo B: informações sobre as formas de cuidado pessoal com a saúde.....46

QUADRO 04 – Eixo C: informações sobre a opinião do ACS quanto à arte de cuidado com a saúde.....47

QUADRO 05 – Eixo D: informações sobre o trabalho do ACS.....49

LISTA DE MAPAS

Mapa 01 – Localização do município de Campina Grande.....33

Mapa 02 – Adeptos de práticas alternativas (viajar, passear, possibilidades de cura da sua religião) para cuidados com a saúde por DS em Campina Grande-PB.....42

Mapa 03 – Adeptos a tratamentos alternativos (homeopatia, plantas medicinais e fé) por DS em Campina Grande-PB.....43

Mapa 04 – Pessoas que recorrem aos profissionais da medicina tradicional e complementar/alternativa (ACS e Benzedeira) por DS em Campina Grande-PB.....44

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A - Modelo de formulário aplicado junto aos moradores atendidos por ACS em Campina Grande-PB.....58

ANEXO B –Termo de consentimento aplicado junto aos moradores atendidos por ACS em Campina Grande-PB.....59

ANEXO C - Modelo de entrevista aplicado junto aos ACS responsáveis por atender maior número de adeptos a práticas alternativas em saúde.....61

ANEXO D - Declaração de aprovação da pesquisa pelo comitê de ética em pesquisa com seres humanos da UFCG.....63

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
PIBIC – Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PIVIC – Programa Institucional Voluntário de Iniciação Científica
OMS – Organização Mundial da Saúde
SUS – Sistema único de Saúde
PNPIC – Programa Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
UGI – União Geográfica Internacional
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
UFCG – Universidade Federal de Campina Grande
DSC – Discurso do Sujeito Coletivo
SIG – Sistema de Informações Geográficas
ESF – Estratégia Saúde da Família
UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família

INTRODUÇÃO

A Geografia constitui-se como uma ciência que têm por objeto de estudo o espaço geográfico, produzido a partir das relações estabelecidas entre homem e ambiente através das técnicas, consideradas um conjunto de meios instrumentais e sociais com os quais o homem realiza sua vida, produz e cria espaço (SANTOS, 2006). Por possuir um objeto de estudo tão vasto e complexo, pesquisado e analisado por várias ciências, tem-se a impressão que a Geografia estuda tudo ou de tudo um pouco. Ao fazer o curso de Geografia fica-se com esta impressão por um longo tempo. Na medida em que se conhece melhor esta ciência e as categorias de análise que ela fornece para analisarmos e compreendermos o mundo, percebemos que esta característica é o que permite a geografia fornecer uma leitura real da realidade que nos cerca. Um olhar geográfico traz uma visão integrada dos vários fatores que interferem e condicionam a dinâmica de uma realidade.

Tendo em vista esta característica mencionada acima a Geografia se subdivide em várias áreas, as quais direcionam seus olhares geográficos para determinados temas. Enquanto aluna do curso de Licenciatura em Geografia tive a oportunidade de participar de dois projetos de pesquisa que me direcionaram para temas diferenciados, porém entrelaçados pela área da Geografia da Saúde, são eles: Análise fitogeográfica das plantas medicinais comercializadas nas feiras livres de Campina Grande, PB, Brasil (PIVIC) e A arte do cuidar da saúde: relação entre o morador e o ACS em Campina Grande - PB (PIBIC - 2012-2013)[1].

De acordo com Peiter (2005) este ramo da Geografia visa,

> *"... proporcionar novos conhecimentos e desenvolver uma proposta teórico-metodológica para o estudo das relações espaciais do processo saúde-enfermidade; e produzir resultados de valor prático às investigações epidemiológicas, à administração de saúde e, em geral, à racionalidade das ações de melhoramento do bem-estar da população." (pág. 05).*

Por meio de estudos realizados pela geografia da saúde é possível planejar melhor o ambiente no sentido de promover espaços saudáveis.

[1] O primeiro projeto, direcionado a uma visão da Geografia Física, teve como objetivo investigar quais as plantas são mais comercializados nas feiras livres do município de Campina Grande – PB, para o tratamento de enfermidades e, diagnosticar a origem dessas plantas;ele foi orientado pela Prof.ª Dr.ª

A partir dessas duas oportunidades, foi possível me aprofundar na problemática relacionada às artes de curar, que englobam estratégias e táticas no sentido de buscar cura para doenças a partir do que a natureza e a cultura local proporcionam (PEREIRA, 2012).

O presente trabalho realiza uma análise sobre as escolhas de moradores participantes da pesquisa PIBIC supramencionada. Moradores que questionados sobre os tipos de práticas de cura que utilizavam para cuidar de sua saúde responderam que utilizavam práticas conhecidas como da medicina complementar[2]. Após esta pesquisa, que ocorreu em área atendida pela Estratégia Saúde da Família (ESF), foram ouvidos os agentes comunitários de saúde (ACS) de Campina Grande que atendem esta população, fase que auxiliou no entendimento da complexidade que envolve a escolha e as influências sobre a comunidade investigada.

Desta forma, este trabalho tem por objetivo entender as escolhas de formas de cura realizadas pelos moradores praticantes desta medicina complementar atendidos por ACS em Campina Grande. Com destaque para as práticas de cura da medicina tradicional e alternativa. Para tanto, primeiro procuraremos identificar quais as influências culturais estão presentes nas práticas de cura da população pesquisada. Em seguida entender qual a visão do ACS sobre as práticas de cura adotadas pela comunidade que ele atende. E por fim espacializar as informações referentes à porcentagem de adeptos de práticas alternativas em saúde.

O primeiro capítulo traz uma contextualização do cuidado da saúde na humanidade, tendo como foco a evolução das formas de curar no Brasil. A partir deste capítulo chegamos à problemática aqui brevemente apresentada.

O segundo capítulo trata de compreender as artes de curar a partir de uma visão geográfica, apresentando um breve histórico da Geografia da Saúde destacando a importância desta para compreensão do processo saúde-doença. Em seguida destacamos o papel da Geografia da Saúde para a questão das artes de cura em Campina Grande.

O terceiro capítulo aborda as questões metodológicas desta pesquisa, na qual os principais procedimentos realizados foram revisão bibliográfica acerca do tema; análise dos questionários e resultados da pesquisa PIBIC A arte de cuidar da saúde: relação ente

[2] O nome medicina complementar, segundo Barros (2008) foi desenvolvido quando os sistemas (medicina convencional e medicina alternativa) começaram a ser utilizados lado a lado para complementar um ao outro.

o morador e o ACS em Campina Grande; realização de entrevista com ACS; análise de discurso das entrevistas e elaboração de mapas.

O quarto capítulo apresenta os resultados desta pesquisa, comparando com as pesquisas já realizadas anteriormente (PIVIC e PIBIC), o qual foi possível entender algumas das facilidades e dificuldades ambientais, culturais, econômicas e organizacionais para a efetivação destas escolhas na arte de curar. Por fim as considerações finais acerca das escolhas de formas de cura da população investigada.

CAPÍTULO 1

O cuidado com a saúde: aspecto contextual

O cuidado com a saúde: aspecto contextual

Assim como demais aspectos de uma sociedade a saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural desta; e não representa a mesma coisa para todas as pessoas, depende da época, do lugar, da classe social, dos valores individuais, e de concepções científicas, religiosas, e filosóficas (SCLIAR, 2007).

No início da humanidade o cuidado com a saúde estava presente através das noções de cuidado e prevenção advindas das observações rotineiras realizadas pelo homem primitivo (BARROS, 2008). Práticas que, de acordo com Barros (2008), tinham por objetivo resolver problemas individuais de saúde como a remoção de parasitas e cuidados com acidentes. Em muitas civilizações existia uma concepção mágico-religiosa do processo saúde-doença (SCLIAR, 2007). Os antigos hebreus consideravam a doença um sinal da cólera divina em resposta aos pecados humanos; em algumas tribos a doença resulta da ação de maus espíritos e cabe ao xamã, o feiticeiro tribal, a tarefa de expulsar estes espíritos; para os índios Sarrumá que vivem na fronteira entre Brasil e Venezuela a morte é resultado da maldição de algum inimigo ou então conduta imprudente (SCLIAR, 2007).

Na Grécia Antiga existiram concepções mágico-religiosas e racionais sobre a saúde, esta última introduzida pelos escritos de Hipócrates que é considerado o pai da medicina (SCLIAR, 2007). De acordo com Barros (2008), a primeira ruptura com a estrutura mágico-religiosa da medicina ocorreu com a Medicina Hipocrática. Entre as contribuições de Hipócrates está a obra “Ares, águas e lugares”, que defende um conceito ecológico de saúde-enfermidade discutindo sobre a influência dos fatores ambientais ligados a doença, e a teoria dos quatro fluidos:

> *“Hipócrates postulou a existência de quatro fluidos (humores) principais no corpo: bile amarela, bile negra, fleuma e sangue. Desta forma, a saúde era baseada no equilíbrio desses elementos. Ele via o homem como uma unidade organizada e entendia a doença como uma desorganização desse estado” (SCILIAR, 2007 pág. 32).*

Galeno com base na teoria hipocrática elaborou um modelo científico para a medicina que persistiu por mais de quinze séculos; sua história esta relacionada com a do Império Romano; onde em Roma a maior preocupação era a questão da higiene pública, ao ponto que existia uma legislação de controle sobre esta (BARROS, 2008).

A concepção de saúde e doença no Oriente, de acordo com Scliar (2007), considera que existem forças vitais no corpo que funcionando de forma harmoniosa à saúde, caso contrário doença; as práticas terapêuticas servem para restaurar o normal fluxo destas energias no corpo. Ainda segundo este autor esta teoria se aproxima de alguma forma das ideias formuladas por Hipócrates sobre os quatro fluidos principais do corpo.

A partir do que foi introduzido por Hipócrates passam a existir dois modelos explicativos para o campo da saúde, o da racionalidade técnica e o da racionalidade simbólica ou mágica; devido estas heranças a medicina ocidental deveria operar por uma totalidade formada pela técnica e pelo símbolo (BARROS, 2008).

A Idade Média é conhecida por ter sido pouco produtiva para a técnica médica, foi um período regido por reflexões em sua maioria relacionadas com os símbolos religiosos onde ocorreu uma verdadeira estagnação científica (BARROS, 2008). Para Scliar (2007), por influência da religião cristã, a concepção de saúde e doença era relacionada à fé e ao pecado. Apesar do que foi descrito anteriormente se olharmos o campo da saúde na Idade Média pela perspectiva simbólica, observa-se um desenvolvimento bem diferente do técnico. A medicina era praticada nos mosteiros em sua grande maioria por religiosos cristãos, os sentimentos de solidariedade e amor ao próximo elevaram o doente à condição de pessoa (BARROS, 2008).

Entre o século XVI e finais do XVIII surge na Europa o paradigma da Modernidade, e com ele as estratégias políticas para impulsionar o desenvolvimento da ciência; ao mesmo tempo em que a ciência buscou romper com a Igreja Medieval, se junta a outras duas lógicas para construir o modelo antropocêntrico (BARROS, 2008). A primeira lógica é a mercantilista e a segunda a lógica da formação dos Estados nacionais; a nova visão de mundo e da vida tem por característica duas distinções fundamentais, de um lado, entre conhecimento científico e conhecimento do senso comum, enquanto por outro, entre natureza e pessoa humana (SANTOS, 2000, apud BARROS, 2008). A medicina que se forma neste período, segundo este autor, tem as características fundamentais para a elaboração do que mais tarde veio a ser o modelo biomédico.

No final do século XIX registrou-se o que ficaria conhecido como a revolução pasteuriana, por meio de um microscópio no laboratório de Louis Pasteur, descobriu-se a existência de micro-organismos causadores de doença o que possibilitou a introdução de soros e vacinas (SCLIAR, 2007). Por meio destas e de outras descobertas a noção de

unicausalidade da ciência cartesiana foi consolidada na prática médica; e as doenças passam a ser compreendidas por meio de uma relação de causa e efeito onde existe apenas um agente para uma doença (BARROS, 2008). Scliar (2007) nos mostra que ainda nessa época nasce a epidemiologia, baseada no estudo do médico inglês John Snow sobre a cólera em Londres; métodos estatísticos são utilizados para melhor compreensão do processo saúde-doença. O modelo biomédico se torna então, principalmente após as descobertas no campo da bacteriologia e dos Raios X a partir do século XIX, um paradigma hegemônico (BARROS, 2008).

Outro elemento que segundo Barros (2008) reforça ainda mais a hegemonia do modelo biomédico são as ações possíveis devido às descobertas tecnológicas do século XX. Entre essas descobertas estão os antibióticos na década de 1930, os transplantes de órgãos, a disponibilidade de novos materiais e a miniaturização de instrumentos, o que tornou possível realizar cirurgias clássicas com incisões externas mínimas e com anestesia local.

Contudo é também neste século que surgem várias críticas a este modelo. Entre as principais se destacam: a exclusão do conhecimento do paciente, dos usos e costumes populares sobre o processo saúde-doença; e a não socialização dos conhecimentos do campo da saúde com a população em geral (BARROS, 2008). Além do fato de que como é destacado por Barros (2008), a tecnologia disponível na medicina não é acessível a todos, por conta do seu fator econômico e cognitivo; para sua utilização é necessário entender seu funcionamento, custo, benefício e as modificações estruturais e culturais de sua aplicação.

Devido a questões como as que foram apresentadas no parágrafo anterior, surge apoiado pelo movimento de contracultura dos anos de 1960, o modelo alternativo para o campo da saúde. Barros (2008) afirma que o objetivo desta nova racionalidade médica é trazer para o interior do campo da saúde as práticas de cura não biomédicas; uma nova racionalidade que valorize também o conhecimento tradicional mantido pelo senso comum.

Buscando contextualizar essa situação no Brasil, relacionando com o que foi mostrado sobre a história da medicina, começamos pelo período colonial onde a arte de cuidar da saúde no país era baseada na medicina popular praticada por índios, escravos, curandeiros, feiticeiros, raizeiros, benzedores, parteiros, boticários etc. (BASTOS, 2008). Constituindo-se em uma heterogeneidade de práticas fruto da diversidade cultural existente na colônia composta por europeus, africanos e nativos. As heranças

deste período estão presentes até hoje nas práticas de cura adotadas pela população brasileira, como nos mostra Siqueira (2006), Bastos (2008) e Puttini (2008).

Em 1808 a transferência da Corte portuguesa para o Brasil fez com que as elites estabelecidas no Rio de janeiro elaborassem um projeto de civilização para os trópicos (SOARES, 2001). Esse projeto incluía a medicina científico-acadêmica, o que resulta na fundação em 1829 da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro; contudo existia uma forte resistência popular, visto que as pessoas não estavam dispostas a abandonar uma cultura relativamente autônoma, capaz de nortear seus procedimentos terapêuticos e fundar valores e tradições por conta da medicina considerada científica (SOARES, 2001). Ainda sobre este fato cabe destacar a seguinte afirmação:

> *"Não é a ausência de médicos que explica a ampla aceitação dos curandeiros, mas antes a concepção de que a origem das doenças tinha uma natureza sobre-humana sobre a qual essas pessoas possuíam a faculdade de intervir. Tanto era assim que, ao longo da segunda metade do século XIX, quando o número de médicos atuando na cidade do Rio de Janeiro crescia a cada ano, colocando seus serviços à disposição dos habitantes, a preferência popular pelos chamados curandeiros era enorme, como frequentemente era denunciado pela Academia de Medicina" (SOARES, 2001 pág. 421).*

É também durante a segunda metade do século XIX que ocorre a perseguição aos curandeiros e, as atividades terapêuticas praticadas por parteiros, benzedeiras, boticários, etc., passam a ser desqualificadas e reprimidas por parte da medicina oficial com apoio do Estado (SOARES, 2001). Soares (2001) afirma que apenas no século XX a medicina oficial conquista na sociedade brasileira reconhecimento social e legitimidade.

Em 1948 é criada a Organização Mundial da Saúde (OMS),após a Segunda Guerra Mundial; ela elabora um conceito de saúde que implica no reconhecimento do direito a saúde e da obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde (SCLIAR, 2007). Segundo Scliar (2007), a OMS preocupou-se inicialmente com tarefas de caráter normativo e no desenvolvimento de programas, em cooperação com seus países membros, com objetivo de erradicar doenças transmissíveis de grande porte como a malária e a varíola.

Em 1978, promovida pela OMS, é realizada a Conferência Internacional de Assistência Primária à Saúde em Alma-Ata na antiga União Soviética; na qual foram destacadas as enormes desigualdades na situação de saúde entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos; a responsabilidade governamental na provisão da saúde e a

importância da participação de pessoas e comunidades no planejamento e implementação dos cuidados à saúde (SCLIAR, 2007).

O entendimento da saúde como direito da população e obrigação do Estado, orienta o movimento da Reforma Sanitária Brasileira; às lutas desenvolvidas por este movimento e demais setores sociais do Brasil desde os anos de 1970, culminaram na elaboração da Constituição Federal de 1988, que consolida o marco legal para criação do Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 2006). O conceito de saúde adotado pela OMS e consequentemente por seus países signatários, como o Brasil, implica:

> *O reconhecimento da saúde como bem-estar, satisfação, bem coletivo e direito, configura um paradigma civilizatório da humanidade, construído num processo de embates de concepções e de pressões dos movimentos sociais por estabelecerem uma ruptura com as desigualdades e as iniquidades das relações sociais, numa perspectiva emancipatória, levando-se em conta, evidentemente, as diferentes culturas e formas de cuidado do ser humano (BRASIL, 2006 pág. 18).*

Nesse sentido a Organização Mundial da Saúde (OMS) elabora ao final dos anos de 1970 o Programa de Medicina Tradicional, com objetivo de estimular a elaboração por parte de seus países membros, de políticas públicas nesta área (PORTARIA Nº 971, DE 3 DE MAIO DE 2006). Para a OMS, de acordo com a Portaria nº 971, o campo da medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA) compreende sistemas e recursos que, envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade.

Atendendo as recomendações da OMS, assim como pela necessidade de normatização e harmonização de práticas que já vinham sendo utilizadas na rede pública de saúde, é criada no país em 2006 a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC (PNPIC, 2011). Que regulamenta as seguintes práticas: medicina tradicional chinesa, fitoterapia, homeopatia, termalismo e medicina antroposófica; essas artes de cuidar da saúde dizem respeito a sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos que envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde (BRASIL, 2006).

As práticas regulamentadas pela PNPIC estão relacionadas com a prevenção primária em saúde, presente no SUS por meio das políticas Estratégia Saúde da Família

e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que enxergam a arte de cuidar da saúde a partir do paradigma da promoção da saúde (LUZ 2009, apud PEREIRA, 2012). O ACS atua como um elo entre a comunidade e o serviço de saúde, logo sendo de fundamental importância para realizar a mediação entre a PNPIC e a população.

O governo federal vem desde a criação da política realizando ações no sentido de colocá-la em prática, exemplo disto é a Resolução nº 14 de março de 2010 que dispõe sobre fitoterápicos, e tem por objetivo estabelecer os requisitos mínimos para o registro desses medicamentos (RESOLUÇÃO-RDC Nº 14), que dizem respeito à fitoterapia uma das práticas regulamentadas.

Um levantamento realizado na internet (SOUSA e PEREIRA 2013) sobre o tema constatou que, através de publicações em sites oficiais e do relatório da gestão 2006/2010 responsável pela política, no ano de 2008 a regulamentação da PNPIC já tinha sido realizada em um total de 1220 municípios dos 4051 avaliados. Em 2006 quando a política foi criada, segundo o relatório elaborado pelo ministério as práticas estavam presentes em apenas 232 municípios. O número de municípios onde a política já estava inserida nos sistemas de Atenção Básica em 2008 era de 487 municípios (BRASIL, 2011). Em dois anos o número de municípios mais que dobrou isso mostra que vem sendo realizadas ações no sentido de colocar em prática o que foi pensado pra PNPIC.

Também foi verificado na pesquisa mencionada acima que as regiões Sul e Sudeste (nos estados de São Paulo, Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Paraná e Santa Catarina) concentram o maior número de municípios onde as práticas integrativas complementares em saúde já foram implementadas. Depois dessas regiões a Nordeste apresenta o número maior de munícipios com essas práticas já existentes no SUS para o ano de 2008. Apresentando uma maior concentração no estado da Bahia. A implementação das práticas não ocorre de forma igualitária, sendo a fitoterapia e a homeopatia as mais empregadas até o momento (BRASIL, 2011).

Pode-se afirmar que a política encontra-se em uma fase prematura, se fazendo presente ainda em poucos locais e necessitando de melhores investimentos para que possa abranger mais municípios e as demais práticas complementares e integrativas em saúde. Para o município de Campina Grande, no estado da Paraíba, não foi encontrado registros de implementação da PNPIC (SOUSA e PEREIRA 2013). Contudo em uma pesquisa PIBIC (A arte do cuidar da saúde: relação entre o morador e o ACS em Campina Grande) realizada entre 2012 e 2013, foi constatado que a população

investigada adota práticas de cura tidas como de uma medicina complementar. Assim como no restante do país, no município de Campina Grande as práticas tidas como populares são praticadas em conjunto com as da medicina científica desde o século XIX (SILVA, 2011).

Com a implementação da PNPIC observa-se uma revalorização nacional da medicina tradicional e complementar/alternativa. O que abre espaço para realização de estudos sobre esta temática no sentido de compreender melhor este atual processo. Sabe-se que a adoção destas práticas por parte da população já vinha ocorrendo bem antes da politica, a novidade é serem regulamentadas no sistema público de saúde.

Este estudo se apresenta como um precursor na realização de pesquisas sobre esta política pela ótica da geografia da saúde em Campina Grande. É apresentado um panorama inicial das práticas alternativas de cura no município sob a ótica dos agentes comunitários de saúde e dos moradores por estes atendidos.

CAPÍTULO 2

Artes de curar: uma visão geográfica

Artes de curar: uma visão geográfica

No capitulo anterior foi apresentado os principais aspectos culturais, políticos, religiosos, científicos relacionados à arte de curar ao longo da história. Com destaque para a valorização da medicina tradicional complementar/alternativa (que se insere na racionalidade simbólica) pelos órgãos oficiais do campo da saúde desde finais do século XX. Procuraremos agora ressaltar o papel da Geografia da Saúde na compreensão do processo saúde-doença.

Uma das primeiras ligações entre os conhecimentos geográficos e a arte de cuidar da saúde foi realizada por Hipócrates através de sua obra "Ares, águas, lugares", onde é transcorrido sobre a influência dos fatores ambientais ligados a doença, e apresentado um conceito ecológico de saúde-enfermidade (SCLIAR, 2007). Segundo Scliar (2007) baseado nestes estudos surge o conceito de miasmas, que seriam emanações de locais insalubres capazes de causar doenças, o nome vem do latim e significa maus ares. Nos diagnósticos realizados na Grécia Antiga, por exemplo, os pacientes eram questionados sobre como e onde viviam, para então serem aconselhados a mudar algum padrão de comportamento, estilo de vida ou ambiente no intuito de tratarem suas enfermidades (ARMSTRONG, 1983 apud PEITER, 2005).

De acordo com Peiter (2005) a teoria dos miasmas era o paradigma médico/sanitário dominante até o início do século XX. Ainda segundo este autor, em diários de viajantes e médicos dos séculos XVI e XVII, havia descrições de cidades, países, sobre as pessoas, os lugares, as doenças, os métodos locais de tratamento, suas causas etc. Estas informações eram reunidas em trabalhos conhecidos como levantamentos médico-geográficos, que ficaram mais numerosos conforme os europeus realizavam a colonização nas Américas, África e Ásia; entre os séculos XVIII e XIX foi realizada a sistematização das informações sobre a distribuição espacial das doenças por meio das Topografias Médicas; considerados os estudos precursores de Geografia Médica (PEITER, 2005). Cabe ainda destacar que:

> *Tanto "levantamentos médico-geográficos" quanto "topografias médicas" foram fundamentais na manutenção de um fluxo contínuo de mercadorias e pessoas entre os continentes, pois as grandes epidemias requeriam um controle de mercadorias, de navios estrangeiros e áreas portuárias. As florescentes cidades comerciais eram as mais vulneráveis, principalmente aquelas ligadas aos portos. (PEITER, 2005, pág. 08).*

Peiter (2005) afirma que a Geografia Médica foi, até meados do século XIX, desenvolvida por médicos que desconheciam os agentes microbianos causadores das doenças, e buscavam respostas no ambiente físico. Com o desenvolvimento da microbiologia e descobrimento das bactérias e parasitas por Pasteur (1842-1895) e Koch (1843-1910), é instituída a hegemonia da Teoria dos Germes sobre a Teoria dos Miasmas (PEITER, 2005). Sendo assim, segundo este autor, o campo de saber dos médicos se restringe ao corpo humano e o conhecimento sobre o ambiente se torna irrelevante para o ensino da medicina, fazendo com que a Geografia Médica saia dos currículos da disciplina.

Ainda no final século XIX há tentativas de relacionar Geografia Médica e Epidemiologia, o trabalho mais conhecido nesta área foi o de John Snow (1854) sobre o surto de cólera em Londres em 1848-1849; onde por meio de recursos cartográficos e estatísticos ele localiza os óbitos por cólera nas diferentes áreas servidas pela companhia de abastecimento de água identificando assim o fator de transmissão da doença: a água (PEITER, 2005). A temática saúde/ambiente, de acordo com este autor, passou a ser abordada apenas por sanitaristas e epidemiologistas do campo da Saúde Pública que procuraram construir uma ponte sólida entre a prática médica, os processos saúde-doença coletivos e o conhecimento sobre o ambiente. Contudo dois importantes trabalhos da primeira metade do século XX colocam em cena mais uma vez a Geografia Médica. São eles: a *Teoria dos Focos Naturais das Doenças Transmissíveis,* de Pavlovsky, que vai novamente trazer para o conhecimento médico a vertente ecológica das doenças; e o conceito de "complexo patógeno" do geógrafo Maximilian Sorre (PEITER, 2005).

Os primeiros relatos descrevendo a distribuição das moléstias no território brasileiro foram realizados por naturalistas e viajantes estrangeiros, a Geografia Médica, de acordo com Samuel Pessôa (1978, apud PEITER, 2005), foi cultivada vigorosamente no século XIX. Porém com o advento da "Era Microbiana" (principalmente entre 1940 e 1960), os trabalhos se tornaram escassos, com exceções, de "A Climatologia e Nosologia do Ceará", de Gavião Gonzaga (1925); "Clima e Saúde", de Afrânio Peixoto (1938), e A Geografia da Fome (1946) livro do geógrafo e médico, Josué de Castro, considerado como uma das mais importantes obras da Geografia Médica nacional (PESSÔA, 1978 apud PEITER, 2005).

Peiter (2005) destaca que a Segunda Grande Guerra também colocou a Geografia Médica em evidência, pois se tornou fundamental e estratégico o conhecimento das

doenças encontradas nos campos de batalha. A recuperação da Geografia Médica neste período leva à criação da Comissão de Geografia Médica da UGI (1949) em Lisboa (IÑIGUEZ, 1998 apud PEITER, 2005). Nos anos 60 com a publicação da "Teoria da História Natural das Doenças", o modelo ecológico das doenças é renovado (LEAVELL e CLARK, 1965 apud PEITER, 2005) e é incluído o período pré-sintomático das doenças em um modelo. A abordagem deixa de ser unicamente clínica, viabilizando o surgimento de um movimento denominado "Medicina Preventiva"; essa teoria, ao contrapor-se à visão estreita da unicausalidade, abre caminho para as teorias multicausais ou das redes multicausais, na explicação dos processos saúde/doença (PEITER, 2005).

Após a II Guerra Mundial ocorre o fortalecimento da corrente neopositivista na Geografia, o que promove uma renovação e introdução de novos métodos por parte dos geógrafos; na Geografia da Saúde se desenvolvem os modelos teóricos de difusão (PEITER, 2005). Esse movimento ganha força na década de 1980, com os avanços da informática e as novas ferramentas para estatística e mapeamento digital; epidemiologistas e geógrafos ligados à área da saúde passaram a investir no desenvolvimento e aplicação de técnicas como a análise espacial e geoprocessamento, obtendo avanços no campo da geografia da saúde e da Epidemiologia (PEITER, 2005).

Peiter (2005) afirma que a Geografia da Saúde requer conhecimento multidisciplinar, uma vez que se nutre de aportes de outras ciências, particularmente do conhecimento médico, e dele extrai conceitos e definições de seus principais objetos, a saúde e a doença. As concepções de saúde e doença são permeadas por dicotomias que geram definições das mais variadas, que ora as concebem como fenômenos individuais resultantes da ação de um agente específico, ora como fenômeno coletivo (PEITER, 2005). Podem ser entendidas ainda de acordo este autor, como resultante de múltiplos fatores de diferentes naturezas (sociais e naturais) e estreitamente ligada à capacidade de adaptação do homem ao meio ambiente.

Para a geografia da saúde, uma das premissas mais importantes é a de que a doença não pode ser tratada isolada do contexto físico, social e cultural (OLIVERA, 1993 apud PEITER, 2005). E que os padrões de mortalidade e morbidade, assim como a distribuição dos sistemas de atenção à saúde não ocorrem de forma ocasional, mas obedecem a um nível de determinação (política, social, cultural, ambiental), que pode ser a chave para a compreensão dos processos saúde-doença em um determinado lugar e momento histórico (PEITER, 2005).

Considerando o exposto acima, a arte de curar estaria inserida na Geografia da Atenção à Saúde. Entendendo esta área da Geografia como aquela que busca compreender a disponibilidade no espaço dos recursos materiais e humanos, a qualidade dos serviços, como se está utilizando esse serviço, como a necessidade do serviço é determinada, como são decididos os recursos e se a provisão atual afeta no resultado do serviço (GATRELL, 2002; PEITER, 2008). Pode-se inferir que, do ponto de vista da necessidade da população investigada, há uma carência por racionalidades médicas diferenciadas da científica para a cura de suas enfermidades.

Como estaria a territorialidade destas racionalidades no mundo ocidental? Como entender essa busca por racionalidades médicas diferenciadas em países onde a hegemonia está pautada na medicina científica? Como o Brasil está se adaptando a esta demanda? E como, em específico, o município de Campina Grande, enquanto lócus da territorialidade de normas e leis nacionais das Políticas Públicas de Saúde está executando ações que atendam essa necessidade?

De acordo com Luz (2005) desde o final do século passado há um crescimento nas sociedades ocidentais pela busca e uso dos sistemas terapêuticos denominados medicinas alternativas. Já em 1978 na conferência de Alma Ata, realizada na União Soviética,

> *(...) o diretor geral da Organização Mundial da Saúde declarou a incapacidade da medicina tecnológica e especializante para resolver os problemas de saúde de dois terços da Humanidade, fazendo um apelo aos governos de todos os países para o desenvolvimento de formas simplificadas de atenção médica destinadas às populações carentes no mundo inteiro, como correspondente esforço no campo da formação de recursos humanos, utilizando-se, para isso, os próprios modelos médicos ligados às medicinas tradicionais. (LUZ, 2005, pág. 152).*

Desde o final do século XX estaria ocorrendo, de acordo com Luz (2005), uma crise na saúde que seria fruto ou efeito do agravamento das desigualdades sociais em todo o mundo; esta crise se torna mais aguda onde as desigualdades são maiores, como no continente latino-americano. Este processo está diretamente relacionado com o fato do mundo, segundo a autora, está submetido às leis de uma economia capitalista em estágio de internacionalização e dominância completa sobre o planeta: a globalização. Para Santos (2006)

> *O processo de globalização, em sua fase atual, revela uma vontade de fundar o domínio do mundo na associação entre grandes*

> *organizações e uma tecnologia cegamente utilizada. Mas a realidade dos territórios e as contingências do "meio associado" asseguram a impossibilidade da desejada homogeneização (SANTOS, 2006, pág. 27).*

Tendo ocorrido como resposta a esta tentativa de homogeneização o ressurgimento, recuperação ou revalorização de antigos padrões e formas particulares de expressão de cultura, entre os quais estão aqueles relacionados à saúde e à medicina (LUZ, 2005). Outras questões diretamente relacionadas com esta busca pelas medicinas alternativas, segundo a autora: a perda ou deterioração da atual relação médico-paciente por meio da mercantilização desta, onde o paciente passa a ser visto mais como um consumidor potencial de bens médicos que como um sujeito doente a ser curado ou aliviado em seu sofrimento pelo cuidado do médico. A perca pela medicina de seu papel milenar terapêutico, e sua função de arte de curar em proveito da diagnose; questões relacionadas ao paradigma (biomédico) que rege a medicina contemporânea, e a afasta do sujeito humano sofredor como uma totalidade. Esse afastamento também gera a crise na saúde das populações e na medicina como instituição (LUZ, 2005).

Os modelos alternativos em cura e saúde aparecem a partir do século XX, sobretudo com o movimento social urbano de contracultura, desencadeado nos anos 60 e prolongando durante os anos 70 nos EUA e Europa (LUZ, 2005). De acordo com a autora, esse evento atingiu diversos locais, incluindo o Brasil e os demais países latino-americanos. Para Santos (2006)

> *"(...) há ações capazes de ter efeitos de abrangência, mundial, no sentido de que, num dado momento, sua eficácia se faz sentir além dos níveis local, regional ou nacional, interessando pontos numerosos situados em diversos países e continentes (pág. 100)".*

Segundo Luz (2005) na América Latina existem três grupos de medicina alternativa: a medicina tradicional indígena, a de origem afro-americana e a medicina derivada de sistemas médicos complexos, que foi recentemente introduzida na cultura urbana dos países ocidentais. Esses três grupos têm atuado em interação, competição ou complementação no meio cultural atual, e apresenta forte tendência ao sincretismo terapêutico, tanto do lado do paciente como do terapeuta (LUZ, 2005).

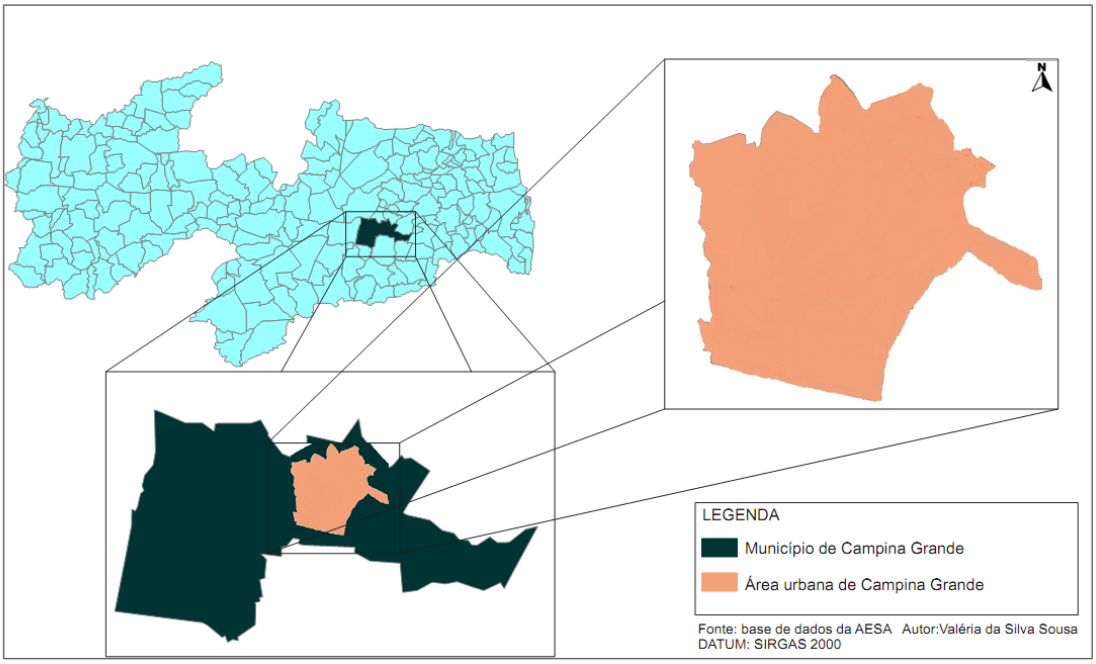
O Brasil tem um papel pioneiro no reconhecimento das chamadas medicinas alternativas no continente; já em 1985 a homeopatia, a fitoterapia e a acupuntura foram legitimadas nos serviços médicos da previdência social (LUZ, 2005). Como vimos no

capítulo anterior o país regulamentou em 2006 no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em saúde (PNPIC), a medicina tradicional chinesa, a fitoterapia, a homeopatia, o termalismo e a medicina antroposófica. E vem realizando esforços no sentido de implementar a política, exemplo disto é a presença de práticas regulamentadas nos sistemas de Atenção Básica de 487 munícipios em 2008. Também foi destacado no capítulo anterior que as regiões Sul e Sudeste, seguidas da região Nordeste, eram as que apresentavam neste mesmo ano o maior número de municípios com as práticas implementadas no SUS.

No estado da Paraíba, no município de João Pessoa existe desde 2012 o Centro de Práticas Integrativas e Complementares Equilíbrio do Ser, onde são oferecidas para a população as medicinas alternativas regulamentadas pelo SUS, além de outras práticas complementares (PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA, 2012). Não foi encontrado registro da existência das práticas da medicina tradicional complementar/alternativa pelo SUS em outro município paraibano.

Campina Grande-PB está localizada na parte oriental do planalto da Borborema, possui uma população em torno de 385.276 habitantes, desses 367.278 (95,33%) vive na zona urbana (BRASIL, 2010). No mapa a seguir a localização do município:

MAPA 01: Localização da cidade de Campina Grande -PB



Depois de João Pessoa o município de Campina Grande possui o maior número de estabelecimentos de saúde do estado (BRASIL, 2009), o mesmo é um dos principais centros de saúde do estado da Paraíba constituindo-se numa macrorregional de saúde que congrega 70 municípios (LEITE e VELOSO, 2009). São 231 estabelecimentos, destes 77 são totalmente públicos e 154 totalmente privados (BRASIL, 2009), observa-se uma alta influência da iniciativa privada no setor de saúde do município. Influência presente também na medicina alternativa, perceptível de ser identificada na paisagem através de farmácias homeopáticas, clínicas de acupuntura, lojas de produtos fitoterápicos, comercialização de plantas medicinais e derivados, presença de hortas medicinais, em quintais de casa ou de espaços públicos como escolas, associações, etc. Para Santos (2006) a paisagem pode ser entendida como, um "(...) *conjunto de formas que, num dado momento, revelam as heranças que representam as sucessivas relações localizadas entre homem e natureza (pág. 66)"*. Ainda segundo este autor, a paisagem é a porção da configuração territorial que é possível abarcar com a visão.

As artes de curar em Campina Grande constituem uma mescla formada pelas culturas indígenas, africanas e europeias, há registro de sua utilização em conjunto com a medicina biomédica desde o século XIX (SILVA, 2011). O ACS como foi dito no capitulo anterior, se apresenta como um elo entre a comunidade e os serviços de saúde. Os ACS entrevistados nesta pesquisa atendem os grupos de pessoas investigadas onde há um número maior de adeptos a práticas de cura alternativas; se apresentando como importantes sujeitos para no sentido de aceitar a implementação da PNPIC no município.

CAPÍTULO 3

Caminhos percorridos na pesquisa

Caminhos percorridos na pesquisa

Para realização deste trabalho utilizou-se dos seguintes procedimentos metodológicos: levantamento de referências acerca do tema; análise dos resultados da pesquisa PIBIC "A arte do cuidar da saúde: relação entre o morador e o ACS em Campina Grande-PB"; realização de entrevistas com os ACS destacados na pesquisa mencionada anteriormente, como os que atendem porcentagem maior de população adepta de práticas de cura alternativas; elaboração de mapa em ambiente SIG para espacializar as informações referentes à porcentagem de adeptos de práticas alternativas em saúde.

A análise das referências tomou por base a procura na internet, na biblioteca central da UFCG e em acervos particulares de professores, de livros, artigos e matérias que abordassem sobre a temática, os métodos a serem utilizados para realização da pesquisa e sobre a história da medicina e Geografia da Saúde.

A análise da pesquisa PIBIC *A arte do cuidar da saúde: relação entre o morador e o ACS em Campina Grande-PB* (ANEXO D) foi realizada com base nos resultados finais dos formulários da mesma (desenvolvida pela autora entre o período de agosto de 2012 a julho de 2013). Foram aplicados formulários com moradores atendidos por agentes comunitários de saúde (ACS) em seis Distritos Sanitários (DS) de Campina Grande. Esses ACS haviam sido destacados por alguma característica pessoal ou de ações junto à comunidade, que foram assim identificados pela pesquisa PIBIC 2010-2011: “Conhecimento geográfico do Agente de Saúde no Município de Campina Grande – PB” (SILVA FILHO, 2011). Silva Filho (2011) identificou um total de 84 ACS, deste grupo devido a dificuldades que resultaram da demora em conseguir entrar em contato com os ACS, foram contemplados com a nossa pesquisa 27 ACS. Optou-se por aplicar na área atendida por cada ACS um total de 08 formulários, o que corresponde a 1% das pessoas que devem ser atendidas por um ACS (Brasil 2007 apud PEREIRA 2012).

Participaram da pesquisa respondendo ao formulário um total de 216 pessoas (27 ACS x 08 questionários = 216), que responderam entre outras indagações acerca das práticas de saúde por elas adotadas. No formulário aplicado (Anexo A) as perguntas apresentavam opções referentes a práticas complementares de cura. De acordo com Barros (2008) práticas complementares podem ser entendidas como utilização em conjunto de práticas da medicina alternativa com as da medicina biomédica. Para

realização desta pesquisa foram analisadas as pergunta do formulário que continham opções relacionadas com práticas alternativas em saúde.

Diante do exposto acima, as questões selecionadas foram a 01, 03 e 04 do formulário (Anexo A). Em cada uma dessas questões existia opções referentes a práticas alternativas, na questão número 01 as letras B, C e D; na número 03 as letras B, C e E; e na 04 as letras B e C. Foram contabilizadas as pessoas que escolheram estas opções. Cada pessoa questionada podia marcar uma ou mais opções, para responder a cada pergunta do formulário. Sendo assim também foram contabilizadas as pessoas que entre as várias opções que escolheram para responder as questões 01, 03 e 04 existia uma referente a práticas alternativas. A partir das análises realizadas foi possível elaborar uma tabela para cada uma das três questões, onde identificamos o número de pessoas por ACS que marcou opções referentes a práticas alternativas ou complementares (Tabelas A, B e C).

TABELA A. Número de pessoas por ACS que marcaram as opções referentes a práticas alternativas para a questão 01(viajo passeio; busco as possibilidades da minha religião; vou a casa de amigos).

DS I		DS II		DS III		DS IV		DS V		DS VI	
ID DO ACS	N° de pessoas	ID DO ACS	N° de pessoas	ID DO ACS	N° de pessoas	ID DO ACS	N° de pessoas	ID DO ACS	N° de pessoas	ID DO ACS	N° de pessoas
01	4	07	7	12	4	13	5	15	4	17	7
02	4	08	7			14	4	16	4	18	7
03	2	09	6							19	6
04	2	10	4							20	5
05	1	11	4							21	4
06	1									22	3
										23	3
										24	3
										25	3
										26	2
										27	2
Total	14		28		04		09		08		45

TABELA B. Número de pessoas por ACS que marcaram as opções referentes a práticas alternativas para a questão 03 (remédios homeopáticos, plantas medicinais e fé).

DS I		DS II		DS III		DS IV		DS V		DS VI	
ID DO ACS	N° de pessoas	ID DO ACS	N° de pessoas	ID DO ACS	N° de pessoas	ID DO ACS	N° de pessoas	ID DO ACS	N° de pessoas	ID DO ACS	N° de pessoas
01	5	07	4	12	3	13	4	15	6	17	8
02	4	08	3			14	3	16	3	18	6
03	4	09	4							19	6
04	3	10	4							20	2
05	3	11	4							21	2
06	5									22	5
										23	3
										24	3
										25	3
										26	7
										27	4
Total	24		19		03		07		09		49

Fonte: Banco de dados da pesquisa PIBIC *A arte do cuidar da saúde: relação entre o ACS e o morador em Campina Grande-PB*. Organizado pela autora.

TABELA C. Número de pessoas por ACS que marcaram as opções referentes a práticas complementares para a questão 04 (benzedeira e agente comunitários de saúde).

DS I		DS II		DS III		DS IV		DS V		DS VI	
ID DO ACS	N° de pessoas	ID DO ACS	N° de pessoas	ID DO ACS	N° de pessoas	ID DO ACS	N° de pessoas	ID DO ACS	N° de pessoas	ID DO ACS	N° de pessoas
01	0	07	5	12	1	13	0	15	4	17	3
02	1	08	8			14	0	16	1	18	1
03	0	09	3							19	7
04	1	10	8							20	0
05	0	11	6							21	4
06	2									22	1
										23	3
										24	5
										25	5
										26	3
										27	5
Total	04		30		01		0		05		37

Fonte: Banco de dados da pesquisa PIBIC *A arte do cuidar da saúde: relação entre o ACS e o morador em Campina Grande-PB*. Organizado pela autora.

Os 27 ACS foram selecionados para serem entrevistados pois eram responsáveis pelos grupos de pessoas com maior número de adeptos a práticas alternativas. Analisando a tabela 01, por exemplo, é possível verificar quais ACS atendem a um maior numero de adeptos a práticas alternativas para a resposta da questão nº 01 do inquérito. Após a análise das três tabelas verificamos os ACS que se destacavam com maior número de usuários de práticas alternativas em cada uma das questões. Foram

contabilizados em cada uma das questões os ACS que apresentavam mais de 50% de seus moradores adeptos de práticas alternativas (lembrando que foram oito moradores questionados por ACS, sendo assim, contabilizamos os agentes que apresentaram pelo menos cinco adeptos em cada uma das questões). Após esta verificação observamos que 05 ACS se destacaram em mais de uma das questões selecionadas. O quadro a seguir apresenta quais são esses ACS com maior número de adeptos a práticas alternativas para mais de uma questão.

QUADRO 01 – AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE RESPONSÁVEIS POR MAIOR NÚMERO DE MORADORES ADEPTOS DE PRÁTICAS ALTERNATIVAS DE CURA			
DISTRITO SANITÁRIO	BAIRRO	ID DO AGENTE DE SAÚDE	QUESTÕES NAS QUAIS SE DESTACOU
II	Bodocongó	07	Na nº 01 e 04.
II	Bodocongó	08	Na nº 01 e 04.
VI	Ramadinha	19	Na nº 01, 03 e 04.
VI	Malvinas	17	Na nº 01 e 03.
VI	Malvinas	18	Na nº 01 e 03.

Fonte: Banco de dados da pesquisa PIBIC *A arte do cuidar da saúde: relação entre o ACS e o morador em Campina Grande-PB*. Organizado pela autora.

O modelo de entrevista (Anexo B) realizado com os ACS selecionados foi o que estava previsto para ser executado durante a pesquisa PIBIC *A arte de cuidar da saúde: relação entre o morador e o ACS em Campina Grande-PB* (2012 a 2013), contudo, devido não ter sido possível no período da pesquisa PIBIC, optamos por empregar este modelo visto que ele nos fornecia questões que respondiam aos objetivos da nossa pesquisa e ainda não havia sido utilizado. Este modelo foi aprovado para ser aplicado com os agentes comunitários de saúde na pesquisa anterior pelo Comitê de Ética da UFCG. Foram entrevistados quatro dos cinco ACS selecionados, não conseguimos entrar em contato com um deles (ACS nº 17) mesmo tendo ido duas vezes a UBSF que este trabalha e ligado diversas vezes para esta unidade. As entrevistas foram marcadas em sua maioria (03) na unidade básica de saúde em que o ACS trabalha; os áudios foram gravados com auxílio de uma câmera digital.

Analisou-se as entrevistas por meio da técnica da análise de discurso, que propões a construção do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que segundo Lefèvre e Lefèvre (2003) é uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos, artigos de jornal, cartas, revistas especializadas, etc. Ainda segundo os autores, o discurso é construído a partir da análise do material verbal coletado extraindo-se de cada um dos depoimentos as ideias centrais e/ou ancoragens e

as suas correspondentes expressões-chaves; com as expressões das ideias centrais ou ancoragens semelhantes compõe-se um ou vários discursos na primeira pessoa do singular.

A espacialização dos resultados dos formulários, através de mapas geográfico-cartográficos em ambiente SIG, permitiu compreender melhor a materialização das práticas alternativas de cura no espaço. O Sistema de Informações Geográficas, segundo Fitz (2008) é um sistema constituído por um conjunto de programas computacionais que integra dados equipamentos e pessoas com o objetivo de coletar, armazenar, recuperar, manipular, visualizar e analisar dados espacialmente referenciados a um sistema de coordenadas conhecido. O mapa de localização do município de Campina Grande foi elaborado no programa gratuito GvSig 1.9; os demais mapas foram elaborados em conjunto com Erbeth Nascimento no programa ARCGIS 10, licenciado para o Laboratório Multiusuário de Tecnologias da Informação Aplicadas às Ciências Humanas (LABINFO-CH).

CAPÍTULO 4

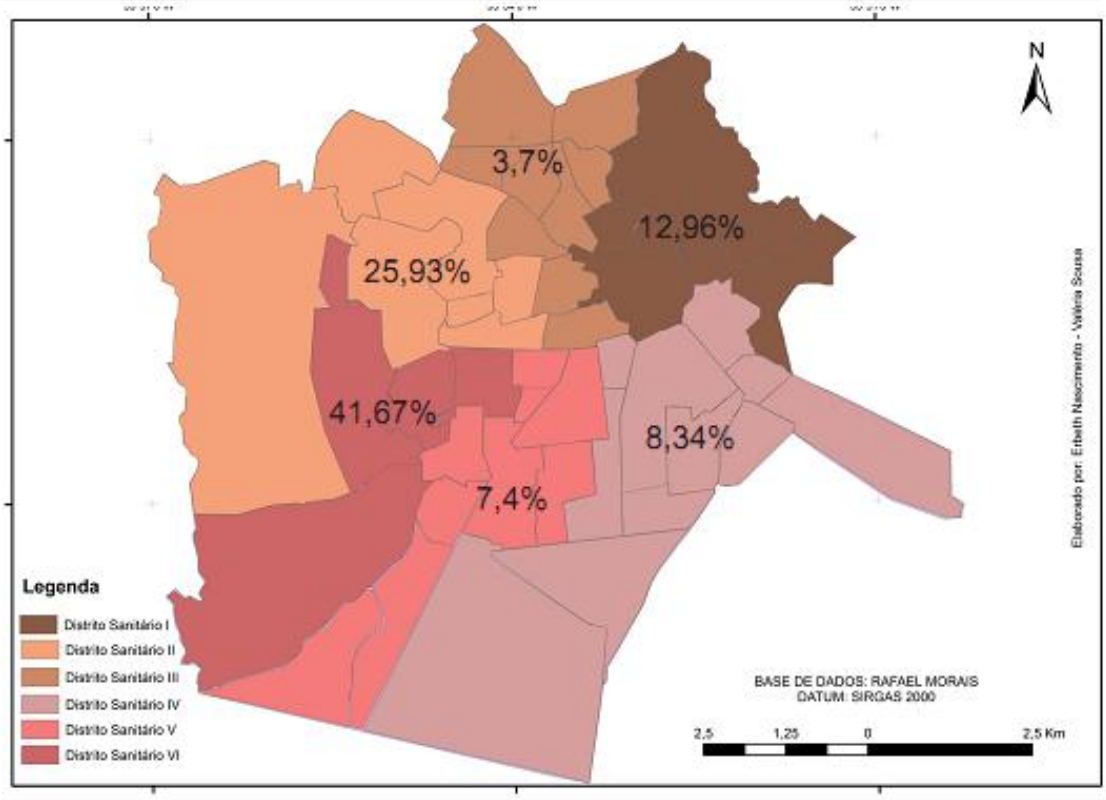
Práticas alternativas em saúde: um olhar sobre os agentes comunitários de saúde e seus moradores

Práticas alternativas em saúde: um olhar sobre os agentes comunitários de saúde e seus moradores

Como foi apresentado no capítulo anterior a partir da análise realizada nos questionários da pesquisa PIBIC *A arte do cuidar da saúde: relação entre o ACS e o morador em Campina Grande*, foi possível a identificação dos grupos de questionados adeptos de práticas alternativas e dos ACS que os atendem.

Os mapas a seguir destacam a percentagem dos adeptos de práticas alternativas por distrito sanitário. Essa percentagem foi calculada a partir das Tabelas A, B e C (ver tabelas no capitulo anterior, pág. 32 e 33) onde é possível observar o total de pessoas por distrito sanitário adeptos de práticas alternativas para as três questões selecionadas do formulário para esta pesquisa. No mapa 02 está à percentagem de pessoas questionadas por distrito sanitário que cuida da saúde utilizando práticas alternativas.

MAPA 02: Adeptos de práticas alternativas (viajar, passear, possibilidades de cura da sua religião) para cuidados com a saúde por DS em Campina Grande-PB.

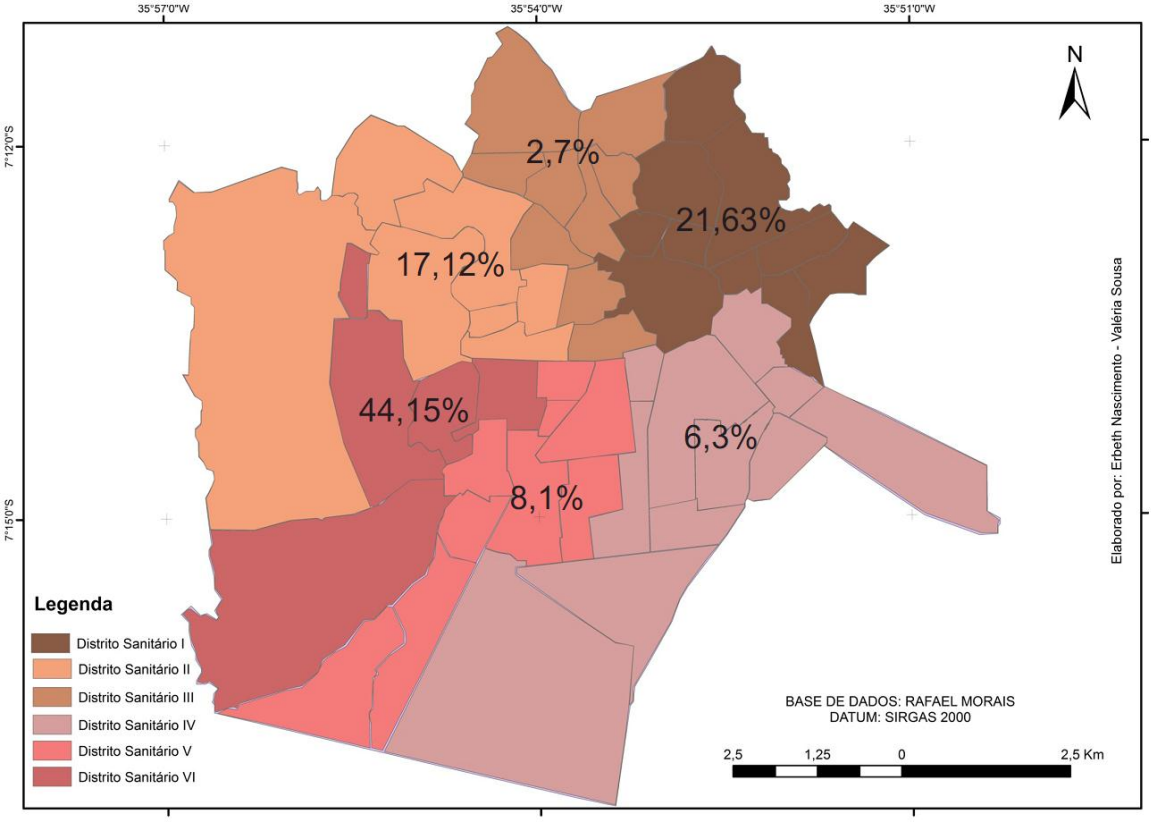


No mapa 02 observamos que apenas o DS III apresenta uma baixa porcentagem, em comparação com os demais, de adeptos a práticas alternativas para cuidados com a

saúde. E o DS VI apresenta a maior porcentagem de adeptos, entre os seus moradores investigados, de práticas alternativas para cuidados com a saúde. Lembrando que as práticas da questão 01 referentes a alternativas ou complementares são as opções b, c e d do formulário (respectivamente: viajo, busco as possibilidades de minha religião, vou à casa de amigos).

O mapa 03 elaborado a partir da tabela B mostra a porcentagem de pessoas por distrito sanitário que utiliza tratamentos alternativos (homeopatia, plantas medicinais e fé).

MAPA 03: Adeptos a tratamentos alternativos (homeopatia, plantas medicinais e fé) por DS em Campina Grande-PB.

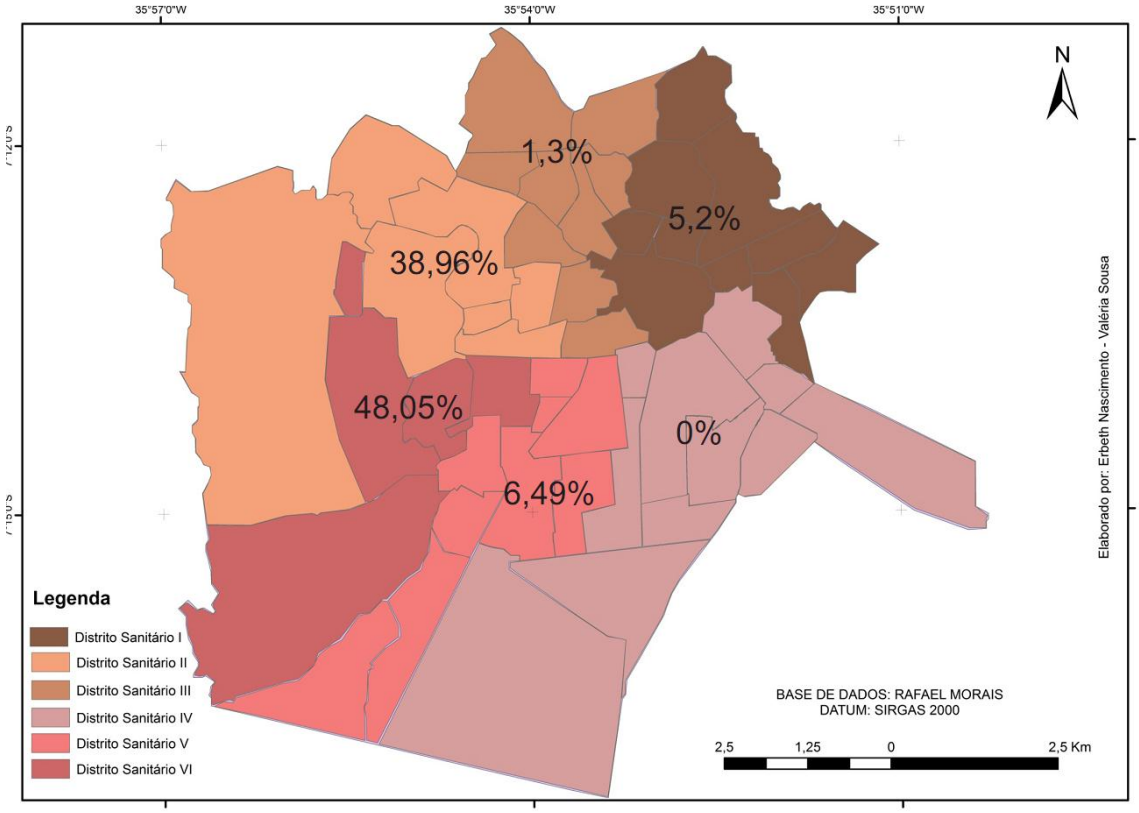


Observamos que com exceção do DS III, os demais apresentam porcentagens elevadas de adeptos a tratamentos como homeopatia, plantas medicinais e fé. No município de Campina Grande existe nas feiras livres a figura do raizeiro, que comercializa plantas medicinais de origem europeia e nativas (SOUSA, OLIVEIRA, MOURA, 2011). Sendo esse um dos meios pelos quais a população tem acesso aos fitoterápicos. Há farmácias de homeopatia no centro da cidade, locais onde a população tem a oferta dessa prática complementar. Em Campina Grande a questão da fé é de

tamanha importância que segundo o IBGE (2010) aproximadamente 89% da população é adepta de alguma religião (foram consideradas na pesquisa do IBGE (2010) as religiões católicas, evangélicas e espíritas).

O mapa 04 apresenta a porcentagem de pessoas que de acordo com os dados da tabela C, recorre aos profissionais da medicina complementar (benzedeiras e agente comunitário de saúde) para cuidar de sua saúde.

MAPA 04: Pessoas que recorrem aos profissionais da medicina tradicional e complementar/alternativa (ACS e Benzedeira) por DS em Campina Grande-PB.



Os distritos sanitários II e VI se destacam como os que possuem porcentagens maiores entre seus moradores de pessoas que recorrem ao ACS e a benzedeira para cuidar de sua saúde.

O ACS está incluso na política Estratégia Saúde da Família (ESF) e tem como funções: a) elaborar diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade; b) promover ações de educação para a saúde individual e coletiva; c) contabilizar os nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde; d) estimular a participação da comunidade nas Políticas Públicas voltadas para a área da saúde e; e) participar em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida (BRASIL, 2006). Quando se fala na arte de cuidar da saúde, as

funções “b”, “d” e “e” são as mais importantes para avaliar a influência do ACS nas práticas de cura que a população utiliza. A benzedeira é conhecida como um agente de cura que utiliza as formas de intervenção terapêutica derivada da tradição indígena na América do Sul (LUZ, 2005).

Por meio dos mapas 2, 3 e 4 produzidos com base nas tabelas (A, B e C) podemos afirmar que existe um bom percentual de adeptos da medicina tradicional e complementar/alternativa na população investigada. Os distritos II e VI apresentam os percentuais maiores de adeptos entre os seus moradores, se destacando com as taxas maiores em mais de um dos mapas. Os ACS selecionados para as entrevistas, os que atendem os maiores números de adeptos entre os investigados, são dos bairros das Malvinas, Ramadinha e Bodocongó. Os dois primeiros localizam-se no DS VI e o último no DS II.

Diante disto, os mapas vêm ilustrar o que a identificação dos ACS já apresentou. Que as populações desses distritos têm estreita relação com o uso de práticas alternativas ou tradicionais. De acordo com o IBGE (2010) a renda mensal média domiciliar desses bairros é inferior a dois salários mínimos, variando de 710 a 1400 reais, caracterizando-se por serem bairros de baixa renda. Lembrando que o Programa Medicina Tradicional da OMS visa atender por meio da atenção primária em saúde, populações carentes.

A entrevista realizada (ANEXO C) com os ACS (entre 13 de fevereiro e 19 de março de 2014) foi organizada dentro de quatro eixos: dados gerais, informações sobre as formas de cuidado pessoal com a saúde, sobre a opinião do agente quanto à arte de cuidado com a saúde e por fim informações sobre o trabalho dos agentes. A análise de discurso foi realizada com as resposta dos ACS as perguntas de 08 a 21, que estão distribuídas pelos eixos B, C e D. As respostas às perguntas de 01 a 07 da entrevista foram organizadas na tabela a seguir, que traz a síntese das informações gerais do eixo A.

QUADRO 02 – Eixo A: dados gerais sobre os agentes entrevistados				
Agentes de saúde entrevistados	Idade	Tempo de trabalho como ACS	Local de nascimento	Local que morou maior parte da vida
07	29	05 Anos	Campina Grande	Campina Grande
08	41	16 Anos	Campina Grande	Bodocongó
19	59	11 Anos	Campina Grande	Campina Grande
17	29	05 Anos	Campina Grande	Liberdade

Fonte: Banco de dados das entrevistas realizadas entre 13 de fevereiro e 19 de março de 2014. Organizado pela autora.

A seguir os quadros que registram o discurso do sujeito coletivo (DSC) para os eixos B, C e D, da entrevista.

QUADRO 03 – Eixo B: informações sobre as formas de cuidado pessoal com a saúde	
Questão 08: Como você, no dia a dia, cuida da tua saúde?	
Ideias centrais	DSC
Vou a médico quando preciso	*Relaxo um pouco, mas quando preciso procuro a médica e faço exames.*
Cuida da minha alimentação e faço atividades físicas.	*Procuro me alimentar adequadamente, pratico atividades físicas. Quando posso realizo caminhada.*
Questão 09: Quando ocorre algum problema de saúde na família, a quem você recorre inicialmente?	
Ideias centrais	DSC
Ao médico da unidade	*Ao médico da unidade básica de saúde.*
Tento resolver em casa, se não consigo vou a unidade básica de saúde.	*Depende do problema, se for algo que possa ser resolvido em casa, com chá, descanso, líquidos, frutas eu resolvo. Se for algo mais grave que não possamos resolver vamos à unidade.*
Questão 10: Quando você pensa em cuidar da saúde, que tipos de tratamentos você entende como mais eficazes?	
Ideias centrais	DSC
Tratamentos que envolvam o bem estar emocional e físico.	*Estar de bem com a vida, procurando ter um bom relacionamento com as pessoas a sua volta. Uma alimentação saudável, praticar atividades físicas corretamente, dormir bem e utilizar tratamentos naturais.*
Questão 11: Que tipos de profissionais você procura para cuidar da tua saúde?	
Ideias centrais	DSC
Os profissionais do posto	*Procuro o posto, a enfermeira e o pessoal que trabalha na unidade.*
Os profissionais do posto e especialistas	*Vou ao endocrinologista. Sempre passo pelo médico do posto e gosto também de fazer*

	exames de rotina com o cardiologista e urologista, porque já estou na idade da prevenção.
Questão 12: Qual a participação dos membros da ESF em que você trabalha ou de outros profissionais da saúde nos cuidados com a tua saúde?	
Ideias centrais	DSC
Efetiva	*Sempre que preciso eles estão disponíveis. A enfermeira já serviu como psicóloga, eu fazia exame citológico particular, agora a quatro anos decidir fazer aqui. Sempre me vacinei e vacino minhas filhas aqui, fiz o meu primeiro pré-natal particular, mas o segundo foi aqui.*
Pouca	*É pouco, o que se preocupa ainda é só o médico. Dificilmente eu adoeço desde que entrei na unidade só adoeci duas vezes.*

Fonte: Entrevistas realizadas entre 13 de fevereiro e 19 de março de 2014. Organizado pela autora

A partir dos discursos apresentados como respostas para as questões deste eixo de perguntas, podemos inferir que os ACS se utilizam da medicina complementar para cuidar de sua saúde. Às vezes recorrem à medicina oficial (biomédica), em outro momento, a práticas da medicina tradicional e alternativa. Abaixo o quadro com as perguntas do eixo C.

QUADRO 04 – Eixo C: informações sobre a opinião do ACS quanto à arte de cuidado com a saúde	
Questão 13: Para você o que significa a "arte de cuidar da saúde"?	
Ideias centrais	DSC
Seguir orientações médicas	*Se agente vai ao médico e ele fala que precisamos seguir algumas coisas, a gente tem que fazer. Como uma alimentação adequada, fazer exercícios físicos, ir ao fisioterapeuta. O ponto mais importante da vida do ser humano é cuidar da saúde, em primeiro lugar a saúde.*
Ter cuidados de prevenção	*Prevenir, para poder ter uma qualidade de vida decente.*
O cuidado com o bem estar emocional	*Procurar está de bom humor, para adquirir saúde mental, própria e dos familiares e assim poder passar pra comunidade.*
Questão 14: Qual o significado mais adequado para práticas alternativas de cuidado com a saúde?	
Ideias centrais	DSC
Fitoterapia	*Nossos antepassados tinham muita fé nas plantas, então ainda persiste o costume de tomar chazinho, fazer unguento, aquele negocio com mastruz. Eu gosto muito de usar remédios, assim de plantas medicinais.*
Práticas complementares	*Práticas alternativas são aquelas práticas que não usa a medicação. Uma terapia, uma ocupação, terapias ocupacionais. Os*

	lambedores essas coisas, né as coisas assim naturais. A fitoterapia, outros tipos de medicina que são mais interessantes pra prevenção que é a ideia da estratégia.
Questão 15: Para você, o que seria Promoção da Saúde e como ela pode ser aplicada no teu trabalho?	
Ideias centrais	DSC
Melhorar o sistema de saúde	*Seria bom se melhorasse o atendimento, porque tem coisas que a médica do posto não atende porque não é da competência dela. Essas coisas deviam melhorar.*
Prevenção em saúde	*Promoção à saúde é divulgar as práticas pra cuidar da saúde. Fazemos a promoção pra que as pessoas se previnam de ser doentes, certo. É trabalhar de pouquinho em pouquinho a cultura da prevenção. Prevenir, mudanças pequenas de hábito fazem toda diferença.*
Promoção à saúde	*É você passar mais informação para o pessoal, para que eles se adaptem procurando melhorar a qualidade de vida.*
Questão 16: Qual a eficácia das práticas alternativas de cura na tua opinião?	
Ideias centrais	DSC
Boa	*Geralmente eles ficam bons, se for depois que a doença já tiver avançada é complicado. Mas mesmo assim a homeopatia e a fitoterapia tem poder de cura.*
Regular	*Funciona em parte.*
Questão 17: Conhece alguém que tenha buscado a cura de alguma doença a partir da religião ou outra forma considerada alternativa pela medicina oficial e que tenha conseguido se curar? Como aconteceu?	
Ideias centrais	DSC
Sim, por meio de saberes populares.	*A cura não, mas melhora sim através dessas coisinhas, como um chá pra acalmar, pra dor no estomago.*
Sim, por meio da fé.	*Eu tive depressão pós-parto, ai eu fui buscar a palavra de Deus. E a fé nele tirou da minha cabeça o medo que eu estava de ter depressão e não poder criar minhas filhas. A palavra de Deus diz que o medo não provém de Deus, e se o medo não vem de Deus eu fui buscar a ele para tirar o medo de mim. Então eu lutei muito, pedi muito a ele e ele tirou. Não precisei tomar remédio nenhum foi Deus que me curou.*
Sim, por meio de produto natural.	*Eu vi em uma entrevista passada por um médico, de uma pessoa que se curou com um produto que ela passou a usar. Ela estava com inicio de câncer de pele, fez uma biópsia e acusou o inicio de câncer. Então ela passou a usar um produto que um amigo dela levou pra ela. Ele não garantiu nada, falou das coisas que ele prevenia, mais ou menos, ela adquiriu e ficou indo na dermatologista. A dermatologista viu a diferença da pele*

	perguntou o que era que ela estava tomando porque ela não tinha passado nenhum remédio, ela falou que não estava tomando nada. Ai ela fez nova biopsia e em seguida já não acusou mais câncer.
Não.	*Não.*

Fonte: Entrevistas realizadas entre 13 de fevereiro e 19 de março de 2014. Organizado pela autora

Para os ACS investigados o cuidado com a saúde perpassa pela utilização da medicina oficial e da medicina tradicional/alternativa, com destaque para esta última. Que para os mesmos está relacionada com a fitoterapia e a utilização de práticas complementares de cuidado em saúde e têm uma boa eficácia. Em sua maioria os ACS demonstraram conhecer experiências próximas de cura a partir destas práticas. A seguir o eixo D de perguntas.

QUADRO 05 – Eixo D: informações sobre o trabalho do ACS	
Questão 18: Em algum momento aconselhou o morador a procurar alguma forma alternativa de cura, além dos conselhos do médico e do enfermeiro? Por que? Como foi o resultado?	
Ideias centrais	DSC
Recomendo	*Quando eu chego à casa de um usuário que já utiliza um chazinho, aconselho que, se faz bem continue tomando. Já falei pra fazerem lambedor, reidratação oral. Para curar não, mas para prevenir passo muitas coisas. Sempre tendo como base a alimentação associada a uma atividade física, você vê os resultados em pouco tempo.*
Questão 19: A equipe da ESF já discutiu sobre as práticas alternativas de cura? Qual o resultado desta discussão?	
Ideias centrais	DSC
A UBSF não discute	*Não a equipe não discute, mas no curso de agente de saúde que durou poucos messes, foi falado sobre plantas medicinais e tal.*
A UBSF discute	*Discute, mas não temos muita abertura frente ao programa. Estamos conseguindo por meio do NASF, que é uma equipe de apoio formada por vários profissionais: educador físico, fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista, farmacêutico apresentar esta discussão na comunidade.*
Questão 20: Como a ESF se posiciona para o morador sobre as formas alternativas de cuidado com a saúde?	
Ideias centrais	DSC
De forma favorável	*Uma vez enquanto usuária presenciei uma feira realizada pela unidade sobre medicina alternativa. É bem vindo essa aliança com outras alternativas, a gente tenta fazer até*

	onde ver que há abertura de se aceita. Respeitando os moradores que já fazem uso.
Depende da equipe de saúde	*A equipe que trabalho no momento diz que não serve, mas já trabalhei em unidades onde se utilizava medicação alternativa. A gente fazia lambedor, e por isso não interfiro em quem utiliza.*
Não	*O médico da unidade realiza um trabalho com uns grupos de combate ao tabagismo e de hipertensos.*
Questão 21: Qual a resposta da população sobre o discurso apresentado ao morador?	
Ideias centrais	DSC
Preserva os saberes populares sobre saúde.	*Eles fazem o que a médica recomenda, mas não deixam de tomar chás, eles fazem uso inclusive do chá de quiabo pra controlar o diabetes e por incrível que pareça a diabete baixa.*
Aberta	*Enquanto usuária eu vou falar pela experiência da feira, que achei interessante e serviu para mim.*
Resiste em aceitar práticas preventivas.	*A cultura nossa brasileira é de cura, e a estratégia saúde da família, e principalmente a atenção básica trabalha com prevenção, a comunidade não entender isso.*

Fonte: Entrevistas realizadas entre 13 de fevereiro e 19 de março de 2014. Organizado pela autora

Por meio dos discursos apresentados no eixo quatro, verificamos que os ACS recomendam para os moradores que atendem a utilização de práticas de cura alternativas, porém nem todas as equipes de saúde das unidades onde trabalham estão abertas ao trabalho com estas práticas. A população embora siga as orientações dos médicos das unidades não abrem mão dos saberes populares para os cuidados em saúde. Existem também moradores que resistem em utilizar práticas preventivas, sendo segundo o discurso dos ACS, adeptos de práticas curativas.

Os ACS entrevistados se mostraram adeptos da medicina complementar, com destaque para utilização da medicina tradicional e alternativa. Recomendando para os moradores das comunidades onde trabalham práticas desta medicina, embora as unidades de saúde onde trabalhem nem sempre discutam e aprovem a utilização destas práticas.

Um dos indícios que a população aceita o uso de ervas medicinais foi demonstrado na pesquisa PIVIC (2010-2011) desenvolvida pela autora, brevemente apresentada na introdução, foi identificado a partir de questionário aplicado com feirantes de plantas medicinais de feiras livres do município de Campina Grande, que a população utiliza espécies exóticas e nativas de plantas para cuidados com a saúde (SOUSA, OLIVEIRA, MOURA, 2011). Com destaque para utilização de plantas

exóticas que são nativas de outras regiões, contudo o estado da Paraíba dispõe de rica biodiversidade vegetal que deve ser estudada e pode ser utilizada para fitoterapia (SOUSA, OLIVEIRA e MOURA, 2011).

A fitoterapia é uma das práticas regulamentadas pela PNPIC que tem sido privilegiada, estando juntamente com a homeopatia entre as práticas mais implementadas até o momento no Brasil. Observa-se como foi demonstrado em estudos como o mencionado e no desenvolvido por Alves et. al. (2007) que existe potencial para desenvolvimento da fitoterapia no município algo que pode ser colocado em prática por meio da implementação da PNPIC em Campina Grande pelo SUS.

A partir do que foi até então apresentado, com relação aos mapas e ao discurso do sujeito coletivo, podemos inferir algumas questões. A primeira tem relação com a busca do morador, usuário da ESF buscar mais do que prevenção e cura, mas sim, sua promoção da saúde quando afirma que para ter uma vida mais saudável busca viajar, as possibilidades da religião que é adepto e visitar amigos.

Quando se sentem doentes, essa população busca a homeopatia, a fitoterapia e as possibilidades de sua religião para a cura, além da medicina científica.

Quanto à localização dos moradores que apresentaram respostas em maior porcentagem em relação à essas práticas, estes encontram-se principalmente nos bairros de Bodocongó (DS II), Ramadinha e Malvinas (DS VI), conhecidos como bairros que possuem em média uma baixa renda.

Os ACS que atendem a população onde se aplicou os questionários no dia a dia busca relaxar, se alimentar adequadamente e fazer atividades físicas. Como forma preventiva, fazem exames regularmente. Se alguém da família adoece, surgem dois discursos, o primeiro em que o ACS vai direto à UBSF, e o segundo em que melhoram a qualidade da alimentação, oferecem chás e descanso, apenas quando o caso é mais grave é que se busca a UBSF.

Entendem como tratamentos mais eficazes para a saúde ter um bom relacionamento com as pessoas, uma alimentação saudável, prática de atividades físicas, dormir bem e utilizar tratamentos naturais. Seriam atividades preventivas e os tratamentos naturais podem estar relacionados à fitoterapia.

Porém, quanto aos profissionais procurados, quando os ACS querem se curar de alguma doença, vão diretamente à médicos especialistas da medicina científica, e tem uma apoio básico da USBF para manutenção de sua saúde.

Quanto à arte de cuidar da saúde, os ACS entendem que seria seguir orientações médicas e cuidar do bem estar emocional para lidar com familiares e com a comunidade. Quanto à práticas alternativas, eles entendem que estariam circunscritas entre as práticas complementares e a fitoterapia. A promoção da saúde significa para eles, melhorar o sistema de saúde, realizar ações de prevenção e passar informações aos moradores para melhorar a sua qualidade de vida, única ideia um pouco mais próxima do que seria a promoção da saúde.

Quanto à crença de que as práticas alternativas são eficazes, os ACS afirmam que funciona se a doença não estiver avançada, indicaram como as mais eficazes a homeopatia e a fitoterapia.

No momento em que foi perguntado se conhece alguém que tenha buscado a cura de alguma doença a partir de alguma forma considerada alternativa os ACS apontaram a fé e produtos naturais.

Apesar da existência da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) desde 2006, as ideias referentes a essa política não chegaram em Campina Grande através da ESF. Apenas as pessoas que já tem alguma abertura a essas práticas de forma individual é que apoiam e até recomendam, sendo a principal alternativa a fitoterapia. Isso ocorre também com a população, que independente de ser usuária da UBSF e de seguir as recomendações dos profissionais, individualmente alguns utilizam outras práticas concomitantemente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As escolhas realizadas pelos moradores, de preferência a medicina alternativas, reflete a história cultural do povo brasileiro. Esta pesquisa se apresenta para os gestores de saúde do município, assim como para a população campinense, como mais uma evidência de que há aceitação e utilização da medicina tradicional ou alternativa, sendo viável a implementação da PNPIC/2006 pelo SUS em Campina Grande - PB, destacando as populações dos distritos sanitários II e VI em especial dos bairros das Malvinas, Bodocongó e Ramadinha bem como os ACS que as atendem, como adeptos de práticas alternativas e tradicionais. É importante destacar o papel que as comunidades adeptas destas práticas têm na construção de projetos que visem implementar a medicina tradicional/alternativa no SUS. Estudos que consideram as especificidades dos lugares onde se inserem estas comunidades se apresentam como um caminho nessa perspectiva.

Um diálogo com essas comunidades e os ACS que nelas trabalham permitirá a construção de projetos práticos que reflitam as necessidades desses sujeitos. No sentido de construir espaços promotores em saúde na perspectiva da medicina tradicional/alternativa, inclusive porque há o apoio da PNPIC/ 2006 para a efetivação dessas ações.

A Geografia da Saúde pode oferecer neste sentido uma atualização de como ocorre à distribuição espacial dessas práticas, investigando as razões e possibilidades de direcionamento de expansão das artes de curar diferenciadas.

REFERÊNCIAS

ALVES, Rômulo R. da N. **Utilização e comércio de plantas medicinais em Campina Grande, PB, Brasil.** Rômulo R. da N. Alves, Alan de Angeles G. da Silva, Wedson de M. S. Souto, Raynner Rilke D. Barboza. Revista de Farmácia Eletrônica. Vol. IV [2], pág. 175-198 2007. Disponível em:http://revistas.ufg.br/. Acesso em 15 de agosto de 2014.

BARROS, Nelson Felice. **A construção da medicina integrativa: um desafio para o campo da saúde.** São Paulo: Hucitec, 2008 315 pág.

BASTOS, Verioni Ribeiro. **A religiosidade e a medicina no Brasil: Do período colonial aos tempos do SUS.** Mneme– Revista de Humanidades. UFRN. Caicó (RN), v. 9. n. 24, Set/out. 2008. Disponível em <http://www.cerescaico.ufrn.br.pdf>. Acesso em 17/08/12.

BRASIL. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo.** Brasília - DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Ministério da Saúde, 2006. 300 p.

BRASIL. **Dados do censo 2009 realizado pelo IBGE**. Brasília: DF: IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2009. Disponível em: www.censo2009.ibge.gov.br. Acesso em 05 de setembro de 2014.

BRASIL. **Dados do censo 2010 realizado pelo IBGE.** Brasília: DF: IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2009. Disponível em: www.censo2010.ibge.gov.br. Acesso em 06 de setembro de 2014.

BRASIL. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS.** Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica./ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2006.

BRASIL. **Relatório de gestão 2006/2010 Práticas Integrativas e Complementares no SUS.** Brasília – DF: Ministério da Saúde. Fevereiro de 2011.

BRASIL. **Resolução RDC No- 14, DE 31 DE MARÇO DE 2010.** Brasília - DF: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2010, 06 pág.

FITZ. Paulo Roberto. **Geoprocessamento sem complicações**. São Paulo. Oficina de textos 2008. P 21 a28.

GATRELL, Anthony C. **Geographies of Health na introduction**. Oxford. UK Blackwell publishers, 2002, 262 p.

LEFÈVRE, Fernando. **Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)** / Fernando Lefèvre, Ana Maria Cavalcanti Lefèvre. – Ed. rev. e ampl. – Caxias do Sul, RS: EDUCS, 2003. 256 p.

LEITE, Rosana Faria Batista. **Limites e Avanços do Programa Saúde da Família de Campina Grande: um estudo a partir de representações sociais.** Rosana Faria Batista Leite e Thelma Maria Grisi Veloso. In. Saúde Soc. São Paulo, v.18, n.1, p.50-

62, 2009. Disponível em: www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n1/06.pdf. Acesso em 10 de outubro de 2014.

LUZ, Madel T. **Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX.**Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 15(Suplemento): 145-176 2005. Disponível em www.ufjf.br. Acesso em 15 de maio de 2014.

PEITER, Paulo Cesar. **Geografia da Saúde na Faixa de Fronteira Continental do Brasil na Passagem do Milênio** / Paulo Cesar Peiter. Rio de Janeiro. UFRJ/IGEO/ PPGG, 2005.

_____. Paulo Cesar. **Curso de Geografia da Saúde.** www.igeo.ufrj.br/gruporetis/cursos. 2008. Acesso em 25 de março de 2008.

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra. **A arte do cuidar da saúde: relação entre o morador e o ACS em Campina Grande - PB.** Campina Grande: 2012. 20f. (projeto de pesquisa apresentado e aprovado pelo PIBIC/UFCG/CNPq - 2012-2013).

POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS / organizadores: Leika Aparecida Ishiyama Geniole, Vera Lúcia Kodjaoglanian, Cristiano Costa Argemon Vieira. – Campo Grande, MS : Ed. UFMS : Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal, 2011.

PUTTINI, Rodolfo Franco. **Curandeirismo e o campo da saúde no Brasil.** Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.12, n.24, p.87-106, jan./mar. 2008. Disponível em<http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n24/07.pdf>. Acesso em 16/08/12.

Prefeitura Municipal de João Pessoa. **Novo Centro de Práticas Integrativas é inaugurado no Bancários.** Disponível em: www.joaopessoa.pb.gov.br. Acesso em 18 de maio de 2013.

SANTOS, Milton. **A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção** / Milton Santos. - 4. ed.2. reimpr. - São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006. - (Coleção Milton Santos; 1). Disponível em www.reverbe.net/cidades. Acesso em 28 de janeiro de 2014.

SCLIAR, Moacyr. **História do Conceito de Saúde. Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007**. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em 13 de fevereiro de 2014.

SILVA FILHO, Antônio Pereira Cardoso da. **Conhecimento geográfico do agente de saúde em Campina Grande – PB**. Campina Grande: 2011, 22p (relatório parcial de atividades PIBIC – 2010-2011).

SILVA, Ilzenir Mayara Porto da. **Saúde versus doença: uma análise acerca da saúde e da doença em Campina Grande nos idos de 1850 a 1890.** Trabalho de conclusão de curso (Graduação em História) Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Educação, 2011.

SIQUEIRA, Karina Machado, et. al. **Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes socioculturais.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006;

15(1): 68-73. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n1/a08v15n1.pdf>. Acesso em 16/08/12.

SOARES, M. de S.: **'Médicos e mezinheiros na Corte Imperial: uma herança colonial'.** História, Ciências, Saúde — Manguinhos, vol. VIII(2): 407-38, jul.-ago. 2001. Disponível em www.scielo.br. Acesso em 13 de fevereiro de 2014.

SOUSA, Valéria da Silva; PEREIRA, Martha Priscila Bezerra. **A implantação das Práticas Integrativas em Saúde no Brasil Campina Grande – PB.** In. VI Simpósio Nacional de Geografia da Saúde, 2013, São Luís. Anais... São Luís 2013. CD-ROM.

SOUSA, Valéria da Silva; OLIVEIRA, Edilson Ramos de; MOURA, Débora Coelho. **Análise fitogeográfica das plantas medicinais comercializadas nas feiras livres de Campina Grande, PB.** In. VIII Congresso de Iniciação Científica da UFCG, 2011, Campina Grande. **Anais eletrônicos...** Campina Grande 2013. Disponível em: http://pesquisa.ufcg.edu.br/anais/2011/. Acesso em 03 de outubro de 2014.

ANEXOS

Anexo A: MODELO DE FORMULÁRIO APLICADO JUNTO AOS MORADORES ATENDIDOS POR ACS EM CAMPINA GRANDE-PB

Anexo B: TERMO DE CONSENTIMENTO APLICADO JUNTO AOS MORADORES ATENDIDOS POR ACS EM CAMPINA GRANDE-PB.

Anexo C: MODELO DE ENTREVISTA APLICADO JUNTO AOS ACS RESPONSÁVEIS POR ATENDER MAIOR NÚMERO DE ADEPTOS A PRÁTICAS ALTERNATIVAS EM SAÚDE.

Anexo D: DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UFCG

ANEXO A - MODELO DE FORMULÁRIO APLICADO JUNTO AOS MORADORES ATENDIDOS POR ACS EM CAMPINA GRANDE-PB.

DISTRITO SANITÁRIO:_____; UNIDADE/EQUIPE: _____; ACS RESPONSÁVEL PELA ÁREA:_____; RUA DE APLICAÇÃO DO INQUÉRITO: _____N._____;			
1. Como você, no dia a dia, cuida da tua saúde?			
	a) Faço exercícios regularmente /atividade física		d) Vou à casa de amigos
	b) Viajo, passeio		e) Faço algo que me faz bem. O que?
	c) Busco as possibilidades que a minha crença oferece. Religião:		f) Outra. Qual?
2. Quando ocorre algum problema de saúde na família a quem você recorre inicialmente? Por quê?			
	a) Farmacêutico		e) Setor de urgência e emergência
	b) Benzedeira		f) Familiares experientes
	c) ACS		g) Outra. Qual?
	d) Médico da unidade básica de saúde (posto)		
Razão:			
3. Quando você se sente doente e pensa em cuidar da saúde, que tipos de tratamentos você entende como eficazes? E por quê?			
	a) Remédios químicos		d) Terapias
	b) Remédios homeopáticos		e) Fé. Como?
	c) Plantas medicinais		f) Outra. Qual?
Razão:			
4. Que tipos de profissionais você procura para cuidar da tua saúde? Em que situação cada um é procurado?			
	a) Farmacêutico. Situação:		e) Setor de urgência e emergência. Situação:
	b) Benzedeira. Situação:		f) Familiares experientes. Situação:
	c) ACS. Situação:		g) Outra. Qual _____ Situação:
	d) Médico da unidade básica de saúde (posto)		
5. Qual a participação do ACS nos cuidados com a tua saúde? Quais os principais conselhos ele fornece e o que você segue?			
	a) É a primeira pessoa que recorro para me aconselhar.		e) Quando o ACS me diz para fazer algo, sempre faço.
	b) É a primeira pessoa em caso de algum problema de saúde.		f) Quando o ACS diz que tenho algo, acredito nele.
	c) Ele é apenas alguém que me faz perguntas e me visita de vez em quando.		g) Outra. Qual?
	d) É alguém que me avisa sobre os eventos que ocorrem no posto (UBSF)		
Conselhos:			

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO APLICADO JUNTO AOS MORADORES ATENDIDOS POR ACS EM CAMPINA GRANDE-PB.

Universidade Federal de Campina Grande
HUAC - Hospital Universitário Alcides Carneiro

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Modelo padrão

ESTUDO: A arte do cuidar da saúde: relação entre o morador e o ACS em Campina Grande – PB.

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

Eu, _____, profissão _____, residente e domiciliado na _____, portador da cédula de identidade (RG) _____, e inscrito no CPF/MF _____, nascido(a) em _____/_____/_____, abaixo assinado (a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a) do estudo "**A arte do cuidar da saúde:relação entre o morador e o ACS em Campina Grande - PB**". Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.

Estou ciente que:

I) O estudo se faz necessário para que se possa entender como está ocorrendo a relação entre o ACS e o morador no que diz respeito à arte de cuidar da saúde. Em outras palavras, entender como o morador e o agente de saúde interagem, discutem e decidem sobre a forma de cuidado com a saúde, e principalmente, como o ACS pode ou não influenciar neste processo;

II) A participação neste projeto não tem objetivo de me submeter a um tratamento, nem denegrir minha imagem ou a área que está sob minha responsabilidade; Como procedimento inicial serão aplicados questionários junto aos moradores. Essas informações irão fazer parte de um banco de dados, que servirão para elaborar mapas em ambiente SIG. Na segunda etapa serão realizadas entrevistas com ACS que tenham iniciado as atividades entre 1994-1998 e 2006-2010. Desta forma, os procedimentos de campo serão os seguintes: a) aplicação de questionários com os moradores; b) realização de entrevistas com ACS;

III) Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;

IV) A desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde ou bem estar físico;

V) Os resultados obtidos durante este ensaio serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados

em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados;

VI) Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados, ao final desta pesquisa.

( ) Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

( ) Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

VII) Caso me sinta prejudicado (a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao CEP/HUAC, do Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do Hospital Universitário Alcides Carneiro, ao Conselho Regional de Medicina da Paraíba e a Delegacia Regional de Campina Grande.

Campina Grande, de de 2012

( ) Sujeito pesquisado:.....

	TESTEMUNHA 1	TESTEMUNHA 2
NOME		
RG		
TELEFONE		

Responsável pelo Projeto: _____

Profa. Dra. Martha Priscila Bezerra Pereira, Geógrafa, Matrícula SIAPE: 1.770.617

Telefone para contato: 83. 8867-1278
Telefone do Comitê de Ética da UFCG: 2101 – 5545
2101 - 5526

ANEXO C - MODELO DE ENTREVISTA APLICADO JUNTO AOS ACS RESPONSÁVEIS POR ATENDER MAIOR NÚMERO DE ADEPTOS A PRÁTICAS ALTERNATIVAS EM SAÚDE.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

PROSAÚDEGEO
Estreitando os laços entre o espaço e a saúde

CENTRO DE HUMANIDADES – CH
UNIDADE ACADEMICA DE GEOGRAFIA – UAG
CURSO DE LICENCIATURA EM GEOGRAFIA

Valéria da Silva Sousa
(Graduanda de Geografia da UFCG)
Martha Priscila Bezerra Pereira
(Prof.ª Dr.ª da Unidade Acadêmica de Geografia da UFCG)

ROTEIRO-BASE PARA ENTREVISTA COM OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

A) DADOS GERAIS:

1) Nome:

2) Nome que gostaria de ser mencionado na pesquisa e por que?

3) Idade;

4) Local de nascimento (zona rural ou urbana);

5) Local que morou a maior parte da vida (zona rural ou urbana);

6) Quanto tempo trabalha com a função que o ACS exerce ou similar (caso já fizesse algo semelhante);

7) Quanto tempo trabalha como ACS formalmente?

B) INFORMAÇÕES SOBRE AS FORMAS DE CUIDADO PESSOAL COM A SAÚDE:

8) Como você, no dia a dia, cuida da tua saúde?

9) Quando ocorre algum problema de saúde na família, a quem você recorre inicialmente? Por quê?

10) Quando você pensa em cuidar da saúde, que tipos de tratamentos você entende como mais eficazes? E por que? Ou para quais doenças e mais eficaz um do que o outro?

11) Que tipos de profissionais você procura para cuidar da tua saúde? Em que situação cada um é procurado?

12) Qual a participação dos membros da ESF em que você trabalha ou de outros profissionais da saúde nos cuidados com a tua saúde? Quais os principais conselhos eles fornecem e o que você segue?

C) INFORMAÇÕES SOBRE A OPINIÃO DO ACS QUANTO À ARTE DE CUIDADO COM A SAÚDE:

13) Para você o que significa a "arte de cuidar da saúde"?

14) Qual o significado mais adequado para práticas alternativas de cuidado com a saúde?

15) Para você, o que seria Promoção da Saúde e como ela pode ser aplicada no teu trabalho?

16) Qual a eficácia das práticas alternativas de cura na tua opinião? (ervas, benzedeiras, religião como um todo, práticas culturais diferenciadas de cuidado com a doença)

17) Conhece alguém que tenha buscado a cura de alguma doença a partir da religião ou outra forma considerada alternativa pela medicina oficial e que tenha conseguido se curar? Como aconteceu?

D) INFORMAÇÕES SOBRE O TRABALHO DO ACS:

18) Em algum momento aconselhou o morador a procurar alguma forma alternativa de cura, além dos conselhos do médico e do enfermeiro? Por que? Como foi o resultado?

19) A equipe da ESF já discutiu sobre as práticas alternativas de cura? Qual o resultado desta discussão?

20) Como a ESF se posiciona para o morador sobre as formas alternativas de cuidado com a saúde?

21) Qual a resposta da população sobre o discurso apresentado ao morador?

ANEXO D – DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UFCG.

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS - CEP
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO - HUAC

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que em reunião de 26/ 09/ 2012 foi aprovado o **Processo nº.** 03611312.5.0000.5182 intitulado: **A arte do cuidar da saúde: relação entre o morador e o ACS em Campina Grande – PB.**

Estando o pesquisador ciente de cumprir integralmente os itens da Resolução nº. 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve seres humanos, podendo sofrer penalidades caso não cumpra com um dos itens da resolução supra citada.

Após conclusão da pesquisa deve ser encaminhado ao CEP/ HUAC, em 30 dias (trinta dias), relatório final de conclusão, antes de envio do trabalho para publicação. Haverá apresentação pública do trabalho no Centro de Estudos HUAC em data a ser acordada entre pesquisador e CEP/ HUAC.

Karynna M. Barros da Nóbrega.
Profª. Karynna Magalhães Barros da Nóbrega
Coordenadora CEP/ HUAC/ UFCG

Campina Grande - PB, 08 de Outubro de 2012.

9º CARTÓRIO
9º OFÍCIO DE NOTAS DE CAMPINA GRANDE - PARAÍBA
Praça Clementino Procópio, 21 - Centro - Campina Grande - PB
CEP: 58.400-292 / Fone: (83) 3342-3666 / Fax: (83) 3322-1669
Patrícia Raposo Miranda - Tabeliã
Certifico e dou fé, nos termos da lei, que a presente cópia fotostática é a reprodução fiel do original que me foi exibido.
9º CARTÓRIO
17 OUT 2012
Leane Mota Amorim
ESCREVENTE ENCARREGADA

Rua.: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, Campina Grande – PB.
Telefone.: (83) 2101 – 5545. E-mail.: cep@huac.ufcg.edu.br