

TRAVESSIA

revista do migrante

Publicação do CEM - Ano VII, número 20, setembro-dezembro/94



SAÚDE

TRAVESSIA

Revista do Migrante

CEM - Centro de Estudos Migratórios (Federação dos CEMs J. B. Scalabrini)

Publicação quadrimestral, voltada ao estudo e divulgação da realidade do migrante a partir dos diferentes ramos do conhecimento: social, político, econômico, educacional, cultural, etc.

Diretor

Sidney da Silva

Editores

Dirceu Cutti
Sidnei M. Dornelas

Jornalista Responsável

José Domingos Bragheto (MtB 8763)

Conselho Editorial

Carlos B. Vainer
Cláudio Ambrózio
Francisco Nunes
Heins Dieter Heidemann
José Giacomo Baccarin
José Guilherme C. Magnani
José Jorge Gebara
Luiz Bassegio
Wanderluce Pessoa Bison

Conselho Consultivo

Alfredo J. Gonçalves
Edgard Malagodi
Erminia Maricato
Hermilo E. Pretto
Marilda A. Menezes
Marilia P. Sposito
Milton Schwantes

Capa

Arte: 2M Criação e Produção Gráfica Ltda
Fotos: Silvio Fontoura / Dirceu Cutti

Editoração Eletrônica

Dirceu Cutti

Impressão

Gráfica e Editora Peres Ltda - F:011-709.1387

Endereço para correspondência

Rua Vasco Pereira, 55 - Liberdade
CEP 01514-030 São Paulo/SP
Fone: (011)278.62.27 - Fax: (011)278.22.84

Os artigos assinados são de responsabilidade de seus autores

ÍNDICE

- 5 SAÚDE DO TRABALHADOR**
RESPONSABILIDADE DA SOCIEDADE BRASILEIRA
Maria Maeno Settimi
Katia Santos Dias de Castro
José Carlos do Carmo
- 10 MEDICINA ALTERNATIVA**
A EXPERIÊNCIA DA DIOCESE DE JI-PARANÁ
Mari Solange Cella
- 13 MIGRAÇÕES SAZONAIS E SAÚDE DO TRABALHADOR**
Ivan Targino
Emília Moreira
Gláucia Ieno
Tereza Mitsunaga
- 17 ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DA SAÚDE DO TRABALHADOR**
Edith Seligmann-Silva
- 22 TU TEM OLHADO, QUEBRANTO?**
A MEDICINA POPULAR NO CONTEXTO URBANO
Maria Cecília Dias de Miranda
Marta Valéria Capacla
- 25 AS CONDIÇÕES DE SAÚDE NOS ASSENTAMENTOS DO ESTADO DE SÃO PAULO - UMA ABORDAGEM PRELIMINAR**
Luana Carandina
- 29 A BUSCA DA SAÚDE NA SALA DOS MILAGRES**
Zeny Rosendahl
- 32 POSTO DE SAÚDE DA VILA GAÚCHA PIVÔ DA ORGANIZAÇÃO COMUNITÁRIA**
Flávio Helmann
Celsa Zucco
Erwin Hunter

SAÚDE e Ença

Quem dera pudéssemos iniciar esta apresentação informando que os artigos versariam sobre os cuidados que os migrantes deveriam ter na escolha dos alimentos, evitando os que contêm agrotóxicos, ou os enlatados com corantes; ou ainda da importância de se manter uma dieta balanceada; da necessidade do repouso; das vantagens de uma prática saudável do esporte, quer para o corpo, quer para a mente; das variedades culinárias e suas riquezas nutritivas em cada região de destino dos migrantes, e tantos outros alertas que uma boa saúde requer. Quem dera!

Infelizmente, o conteúdo social da palavra *saúde*, pouco ou nada tem a ver com o significado que os dicionários lhe imputam. Tanto assim, que ao vê-la estampada na capa deste número de *Travessia*, muito provavelmente o leitor a tenha apreendido como sinônimo de doença. E assim sendo, é nesta fala ao avesso que nos entendemos.

Dois aspectos poderiam constituir-se em eixos das abordagens: a crise institucional do sistema de saúde, com todas as suas mazelas e a pobreza. Entretanto, foram eles tomados como pressupostos. Por isso, as abordagens percorrem livres outros viéses, mas que longe de se fragmentarem, se entrecruzam e complementam quando tomadas em seu conjunto.

Descrições e menções de doenças em situações e realidades as mais variadas, aparecem desde ambientes de trabalho urbano-industrial, nos canaviais nordestinos, na região amazônica, em assentamentos do centro-sul, passando até mesmo por salas de benzedores e locais de peregrinação. E sob a colcha de retalhos do quadro da morbidade em nosso país, por onde transita desprovido de imunidade o migrante-trabalhador, pontualizam-se alternativas populares - quer no campo institucional, quer fora dele; quer através da medicina tradicional, quer da terapia religiosa -, mapeando as múltiplas estratégias de resistência a que a população se agarra, individual ou coletivamente.

Por fim, em que pese a lacuna deixada por este número da revista, vale lembrar aos que dizem que o migrante é portador/transmissor de doenças, que ele é portador sim, de mais este preconceito. Pois o que ele é na verdade, é muito mais vítima de situações que o tornam frágil frente a doença. E como vítima-doente, carece ter seu nome ouvido. Não como mero aglomerado de letras para constar em fichas e prontuários, ou como simples número para engrossar índices em tábuas estatísticas, mas como vítima-sujeito portador de direitos e de uma dignidade que precisam ser resgatados.

Dirceu Cutti

TRAVESSIA

Revista do Migrante
Publicação Quadrimestral do CEM

Assine e Adquira os Números Atrasados

- Uma revista de estudo, em nosso país, tem vida curta; Travessia promete ir longe
- Uma revista científica, normalmente, tem linguagem técnica; Travessia faz a ponte entre o saber acadêmico e o popular
- Uma revista pode focar vários temas; Travessia é monográfica, vários são os enfoques
- Uma revista específica, restringe seu público; Travessia traz temas que podem interessar a muitos
- Uma revista pode ser lida e descartada; Travessia é para ser guardada e consultada
- Uma revista 'da hora', atrai a curiosidade de todos; Travessia pode interessar a você

Números Publicados

- 01 - Sazonais
- 02 - Cidade
- 03 - Fronteira Agrícola
- 04 - Violência
- 05 - Voto
- 06 - Barragens
- 07 - Cultura
- 08 - Trabalho
- 09 - Família
- 10 - Religião e Religiosidades
- 11 - Estrangeiros
- 12 - Educação
- 13 - Pena de Morte
- 14 - Migrar e Morar
- 15 - Tempo e Espaço
- 16 - Desemprego e Subemprego
- 17 - Imagens
- 18 - Novas Tecnologias
- 19 - Identidades

Escreva ou telefone para:

REVISTA TRAVESSIA
RUA VASCO PEREIRA, 55
SÃO PAULO - SP
01514-030
FONE: (011) 278.62.27
FAX : (011) 278.22.84

Escolha os números que deseja receber, faça você mesmo as contas e junto ao pedido envie um cheque nominal ao **CENTRO DE ESTUDOS MIGRATÓRIOS** no valor correspondente.

Valor da assinatura

- () Ass. válida por 1 anoR\$ 5,00
- () Ass. válida por 2 anos.... R\$ 10,00
- () Ass. válida por 3 anos... R\$ 15,00
- Número avulso..... R\$ 2,00
- Exterior (1 ano).....US\$ 20,00

SAÚDE DO TRABALHADOR: RESPONSABILIDADE DA SOCIEDADE BRASILEIRA

*Maria Maeno Settimi**

*Katia Santos Dias de Castro***

*José Carlos do Carmo****



Foto: Pedrão

Considerações Gerais

O conhecimento da relação entre trabalho e saúde data da antiguidade, se considerarmos as observações realizadas pelos "cientistas" ou "sábios" da época. Eram observações que percebiam que determinados tipos de trabalho causavam certas doenças, embora não soubessem explicar com detalhes os mecanismos de produção da doença. Era assim "natural", por exemplo, que homens que trabalhavam em pedreiras morressem por falta de ar após anos de trabalho.

Com o passar dos séculos, os "cientistas" das diversas épocas realizaram investigações, desenvolveram metodologias de análise e, hoje podemos afirmar que a humanidade acumulou conhecimentos relativamente aprofundados sobre a relação saúde-trabalho. No caso acima, sabe-se perfeitamente que o agente causador da lesão pulmonar que resulta em falta de ar é a sílica, e muito se sabe de seu modo de ação no organismo.

No entanto, esse conhecimento acumulado não tem contribuído automática e **proporcionalmente** para o bem-estar do trabalhador, notadamente nos países periféricos da economia mundial, como o Brasil. Assim, o fato de se saber que a exposição à sílica leva à silicose, não é suficiente para que não haja mais trabalhadores silicóticos, doença pulmonar incurável, que frequentemente leva à morte lenta e sofrida; o fato de se saber até a exaustão que os fumos de chumbo intoxicam, não é suficiente para que se interrompa o processo de produção de trabalhadores intoxicados por chumbo. Para citar casos mais dramáticos, o fato de se saber que prensas sem proteção de sua zona de operação oferecem grandes riscos, e fazem parte das

máquinas que mais amputam dedos e mãos, não impede que as fábricas continuem produzindo mutilados e até mortos. E o que dizer dos trabalhadores da construção civil que caem dos prédios em construção? É a crônica da morte anunciada.

E a razão da continuidade de produção desses doentes, acidentados e mortos por causa do trabalho? **Não é certamente a falta de conhecimento e tecnologia** para se evitar ou controlar os riscos, muitos deles, aqui citados, velhos conhecidos. A razão principal é que a sociedade brasileira não assume para si ainda a condição de cidadania plena, e muito menos para seus trabalhadores. Clama-se por desenvolvimento econômico, ignorando-se o custo em termos de saúde daqueles que são os motores desse desenvolvimento, ou seja, os trabalhadores. Não se trata aqui de se contrapor ao desenvolvimento econômico do país; é bom termos geladeiras de boa qualidade à vontade nas lojas, carros mais seguros e mais confortáveis, eletrodomésticos cada vez mais automatizados para que auxiliem principalmente as mulheres a se libertar da cozinha, se assim o desejarem. Mas também seria bom se as pessoas pudessem comprá-los. E que os trabalhadores que os produzem não fossem sacrificados como o são, sendo obrigados a trabalhar em condições precaríssimas, mesmo com a modernização tecnológica e dos processos de produção de setores de "ponta". Continua sendo muito comum que o trabalhador que sai de sua casa para o trabalho não saiba em que condições voltará. Mesmo em setores dos mais avançados tecnologicamente, coisas incríveis acontecem; nos bancos, por exemplo, aquelas funcionárias frequentemente bem arrumadas, que mexem com computadores e sistemas que parecem sofisticados a uma boa parte da população que é atendida, submetem-se a rotinas vergonhosas, como revistas durante as quais são obrigadas a tirar a roupa, quando somem alguns centavos do caixa. Além é claro, de frequentemente serem portadoras de sintomas relacionados à saúde mental, sistema osteomuscular e gastrointestinal.

E a pergunta que nos vem à mente é: o que faz o trabalhador brasileiro a suportar humilhações, condições perigosas e arriscadas de trabalho? Essa discussão poderia

levar algumas páginas deste capítulo, mas apenas para dar uma idéia, podemos citar algumas das razões que fazem com que o trabalhador continue enfrentando situações que seriam inaceitáveis em sociedades que valorizassem o homem e seu bem estar:

- a grande instabilidade econômica em que vive o país, com planos "milagrosos" e sucessões de períodos recessivos, penaliza a população como um todo, e os trabalhadores em particular, que acabam aceitando trabalhar em quaisquer condições para garantir sua sobrevivência;

- uma mentalidade predatória da elite, do empresariado brasileiro e estrangeiro instalado no Brasil, que sistematicamente se recusa a abrir mão de uma margem de lucro muito grande, com o "consentimento" do governo e da própria sociedade, insensível às evidências da necessidade de se investir na segurança e saúde dos trabalhadores;

- o conhecimento produzido nas universidades e nos meios científicos **não chega ao trabalhador**, ou se chega é de uma maneira incipiente e insuficiente, sendo utilizado para o benefício de quem conta na sociedade;

- o trabalhador e o movimento sindical não conseguiram ainda ocupar o palco dos acontecimentos como **protagonistas**, e não conquistaram ainda a opinião pública para as suas causas referentes à saúde. A sociedade, hoje, aceita tranquilamente e aplaude o fechamento pela Saúde Pública de restaurantes e bares que operam em condições precárias de higiene. Mas, a interdição de uma empresa que mutila trabalhadores ainda não conta com a aprovação incondicional dessa mesma sociedade, que frequentemente é convencida de que acidentes são fatalidades, e se sensibiliza diante do empresário que insiste em declarar que infelizmente não tem condições de investir numa época dura como essa, sob pena de falir. E nem mesmo a maioria dos próprios trabalhadores aprova medidas consideradas mais drásticas, temendo o desemprego.

Falando em números

Qual é o número de acidentados do trabalho no Brasil? E o número de pessoas

com maiores possibilidades de vir a se acidentar ou ficar doente por causa do trabalho?

Não se sabe. Sabe-se que são muitos, mas muitos mesmo. As únicas estatísticas oficiais existentes em nível nacional são as do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), do Ministério da Previdência Social, que representam apenas uma pequena amostra do verdadeiro problema.

Segundo essa amostra, em 1990, houve 745.575 acidentes de trabalho registrados no país, e desses, 5.355 foram fatais. Ora, o número de mortos por acidentes de trabalho nesse ano no Brasil foi aproximadamente o mesmo de americanos mortos em 1 ano na guerra do Vietnã. Outros 7.009, foram aposentados por sequelas decorrentes de acidentes de trabalho.

E esses números refletem a realidade? Certamente não. Podemos dizer que a situação é ainda pior e que esses são apenas os acidentes de trabalho registrados no INSS. E nem todos os acidentes ocorridos são registrados no INSS. Quais são e quais não o são? Quem fica fora das estatísticas? Eis alguns:

- trabalhadores do mercado informal;
- trabalhadores autônomos e empregados domésticos;
- muitos trabalhadores que sofrem acidentes leves e que não necessitam de afastamento por mais de 15 dias, embora pela lei todos os acidentes de trabalho devam ser registrados;
- trabalhadores com vínculo empregatício regidos por outro sistema que não seja o da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), como por exemplo, funcionários públicos;
- trabalhadores cujas doenças não são percebidas pelos médicos como sendo relacionadas ao trabalho.

Pela nossa experiência e pelos dados do IBGE, que mostram um grande número de trabalhadores no mercado informal, esse contingente excluído das estatísticas oficiais dos acidentes e doenças do trabalho é enorme.

É necessário lembrar que o INSS é uma seguradora estatal, responsável financeiramente pela concessão, aos seus segurados, dos benefícios previstos na Lei 8213, de 24 de julho de 1991, entre os quais:

- aposentadoria por invalidez, às pes-



Foto: Suzuki

soas que forem incapazes para o trabalho e sem possibilidade de reabilitação;

- aposentadoria por idade, aos homens com mais de 65 anos de idade e às mulheres de 60 anos de idade;

- aposentadoria por tempo de serviço, aos homens com 30 anos de serviço e às mulheres com 25 anos de serviço;

- aposentadoria especial, às pessoas que tenham trabalhado durante 15, 20 ou 25 anos, conforme o caso, em atividade profissional especial;

- auxílio-doença, às pessoas que tenham necessidade de afastamento do trabalho por mais de 15 dias consecutivos, seja por acidente ou doença relacionados ou não ao trabalho ("seguro", no primeiro caso, de valor maior e "caixa", no segundo caso, de valor menor);

- pensão por morte, aos dependentes

das pessoas que faleceram;

- auxílio-acidente, às pessoas que após a consolidação das lesões decorrentes de acidente ou doença relacionados ao trabalho, continuarem com sequelas.

Como é possível observar pela amostra de benefícios que o INSS concede aos seus segurados, é presumível que a quantia de dinheiro gasta seja muito grande e que o INSS tente manter o controle dos gastos. Esperar-se-ia controle rigoroso das estatísticas e ênfase na prevenção de acidentes e doenças, cujo afastamento para tratamento e reabilitação ficam por conta do INSS. No entanto, não é o que acontece.

Considerando a discussão acima, os dados disponíveis coletados e consolidados pelo INSS e o conhecimento da realidade das condições de trabalho na esmagadora maioria das empresas, inferimos com

segurança que o subdiagnóstico e sub-registro de acidentes e doenças do trabalho são gritantes.

Para que os números reflitam de fato a realidade, é fundamental que os órgãos encarregados pela prevenção desses eventos criem instrumentos de notificação de infortúnios decorrentes do trabalho, independentemente da gravidade e do vínculo empregatício do trabalhador. Essas informações devem ser a base de definição de política de prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. A participação ativa dos trabalhadores e seus sindicatos como fiscais e controladores cotidianos desse processo também é fundamental para que ele se desenvolva.

O que mudou nos últimos anos?

Esse quadro bastante insatisfatório no país pode levar alguns a pensarem que nada mudou, que não valeu a pena lutar tanto.

Nós nos arriscaríamos a dizer que muita coisa mudou, apesar das condições de trabalho continuarem bastante precárias, como já citamos anteriormente.

1º) Em decorrência da difusão do conhecimento adquirido no país e no exterior sobre as relações entre a saúde e trabalho, criou-se uma corrente, um movimento de profissionais da saúde, que juntamente com o movimento sindical, foram protagonistas de ações, principalmente no final da década de 70, que resultaram na criação de comissões, fóruns tanto em âmbito sindical, de instituições públicas ou interinstitucionais, programas de saúde do trabalhador. A expressão mais duradoura dessa fase é o DIESAT (Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisa em Saúde e Ambientes de Trabalho) de âmbito nacional. Na década de 80, a criação dos núcleos de saúde do trabalhador, nos órgãos públicos e sindicatos continuou ocorrendo com maior intensidade.

2º) Sob o ponto de vista institucional brasileiro, o advento da reforma na estrutura pública de saúde, com a criação dos Escritórios Regionais de Saúde (ERSA), ligados à Secretaria de Estado da Saúde, e posterior processo de municipalização dos serviços e ações de saúde, que, diga-se de

passagem não ocorreu formalmente em algumas cidades, trouxe a possibilidade de se criar núcleos ou centros que começaram a atuar especificamente na área de saúde do trabalhador. Em nível da Secretaria de Estado da Saúde, podemos dizer que **não houve incorporação real das questões de saúde do trabalhador**. Nas condições precárias em que se encontram os serviços de saúde, a omissão já é um claro fator dificultador do desenvolvimento de ações na área. Nesse panorama, a experiência do Programa de Saúde dos Trabalhadores da Zona Norte/ERSA-6 (PST-ZN), serviço regional, que surgiu em 1985/1986, tem sido duradoura, pois tem avançado, apesar das inúmeras dificuldades. Teve a "sorte" de pertencer a um ERSA, que tinha uma direção que facilitava e permitia que pudéssemos construir um serviço regional de Saúde do Trabalhador. Não havia boicote, mas por outro lado tínhamos que disputar recursos materiais com outras áreas da saúde, como programas da mulher, da criança, de igual importância. No entanto, facilitava-se no que era possível, e esse favorecimento geralmente não era em questões de vulto. Muitas vezes, tratava-se de liberação de recursos de pequeníssima monta, com os quais "fazíamos a festa". Possuíamos uma equipe e espaço físico muito reduzidos, mas aguerridos, com determinação de desafiar tradições que **julgávamos retrógradas**. Muitas dessas tradições passavam pela "cultura" até dos médicos sanitaristas da rede pública de saúde, aliados em potencial, mas que muitas vezes atuavam de maneira exclusivamente administrativa e pouco audaciosa. Não havia um entendimento de que o setor público de saúde deveria competir com os serviços conveniados, em eficácia, polidez, limpeza e beleza. O serviço público necessariamente não precisa ser feio. Apenas como exemplo, ainda hoje vários dos centros de saúde coletam sangue só uma ou duas vezes por semana. Isso obriga o trabalhador a faltar mais dias no seu trabalho e até há pouco tempo atrás, esses centros de saúde não forneciam atestados de comparecimento, o que naturalmente afastava o trabalhador. Mesmo o uso de telefone para marcações de consultas, de forma alguma é generalizado na rede pública de saúde, obrigando o usuário a fazer filas

longuíssimas apenas para marcar uma consulta, em geral para 2 ou 3 meses depois. Evidentemente, há várias deficiências, cujas soluções não dependem dos dirigentes dos serviços ou dos funcionários, e sim da estrutura. Mas não podemos de forma alguma, usar a estrutura precária e os baixos salários para desculpar todas as deficiências e problemas da rede pública de saúde. A inércia, a falta de coragem, a falta de empenho em querer mudar acabam aprofundando as dificuldades já existentes. Esse processo de mudança passa necessariamente pelo entendimento entre os próprios funcionários públicos, de que a luta por melhores salários tem que ser concomitante à melhoria da qualidade do serviço oferecido à população, que aí então terá muitos motivos para apoiá-los.

No meio do funcionalismo público há um ditado que diz: "o governo finge que paga e o funcionário finge que trabalha". Infelizmente esta é uma realidade em muitos locais. De nossa parte, não podemos mais "fingir que trabalhamos", da parte da população e do movimento sindical deve haver cobrança de eficácia e bom atendimento, já que o sistema público de saúde é por eles sustentado. Essa luta conjunta e comunhão de interesses são fundamentais para a sobrevivência da rede pública de saúde e das ações de saúde do trabalhador.

Por ocasião do início da municipalização ou da maior atuação dos municípios mesmo sem a municipalização, por volta de 1990, tivemos experiências na área de saúde do trabalhador extremamente positivas, algumas já findas, mas outras sobreviventes. Podemos citar como exemplos, a criação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador nos municípios de Santo André, São Bernardo do Campo, Campinas, Bauru, Santos e São Paulo. No município de São Paulo foram criados 6 centros de referência e se investiu em grande número de profissionais, principalmente sob o ponto de vista de formação. É claro que existem problemas em qualquer dos casos, mas o saldo é extremamente positivo.

3º) Concomitantemente a esse processo institucional, há um aumento crescente da participação do movimento sindical e dos movimentos populares nas gestões dos

serviços de saúde, com criação de canais formais para tal. Necessitando é claro de aprimoramento, essa prática de controle social é fundamental para a manutenção e fortalecimento do sistema de saúde. Também dentro das estruturas sindicais criaram-se departamentos de saúde do trabalhador, destacando-se o INST-CUT e mais recentemente o Departamento de Saúde do Trabalhador da Força Sindical. Materiais sindicais nesta área têm proliferado.

Evidentemente há necessidade dos sindicatos realmente entenderem que a luta pela saúde dos trabalhadores é estratégica e não trampolim para as aspirações político-partidárias de alguns.

4º) As fiscalizações das empresas que eram atribuição exclusiva do Ministério do Trabalho e SERT, **são hoje atribuição também do sistema de saúde**, garantida pela Constituição e Lei Orgânica 8080. O ambiente e processo de trabalho deixaram de ser "tabu", pelo menos na lei. A idéia é que a Saúde deve intervir nas condições que determinam doenças na população, sejam elas de fora ou de dentro do trabalho. Aqui também queremos ressaltar que mesmo antes da Constituição Brasileira e Lei Orgânica da Saúde, alguns serviços de saúde, entre os quais, o PST-ZN teve desde o início de suas atividades, o firme objetivo de romper a barreira entre o interior das empresas e os órgãos da Saúde. Assim, desde 1985/1986 realizamos ações de vigilância em saúde, utilizando inclusive o Código Sanitário do Estado de São Paulo, elaborado em 1978. Obviamente esse Código deixa muito a desejar, principalmente no que diz respeito à proteção do trabalhador em seu trabalho. No entanto, tivemos e temos ainda experiências extremamente positivas com a utilização desse Código, como outro instrumento de persuasão, inclusive com casos de interdições de empresas e manutenção dessas interdições por condições inadequadas de trabalho. Acreditamos que tenhamos sido um dos primeiros, se não os primeiros no Estado de São Paulo a utilizar rotineiramente o Código na área de Saúde do Trabalhador.

Por outro lado, sabemos das dificuldades e resistências que o Sistema Único de Saúde como um todo tem para cumprir essa nova atribuição da saúde.

No entanto, vários desses núcleos e

centros de referência têm atuado de forma muito positiva, quebrando a inércia da rede pública, agravada pelo seu sucateamento. Em nossa opinião deve-se ousar mais.

5º) Quanto à atribuição do sistema de saúde relacionada à assistência integral ao trabalhador, obviamente este sofre as mazelas dos efeitos do sucateamento da rede pública. No entanto, para diagnósticos de doenças relacionadas ao trabalho, sem dúvida os Centros, Programas e Núcleos de Saúde do Trabalhador constituem-se em referência hoje, em fase de aprimoramento técnico-científico. Quanto ao atendimento ao acidentado do trabalho, era considerado heresia em 1985/1986 dizer-se que a rede pública deveria incorporar esse atendimento, que era exclusividade da rede credenciada pelo antigo INAMPS. Hoje, a idéia de que a rede pública deve atender os acidentados do trabalho já é consensual, embora na prática isto não ocorra. As resoluções legais neste sentido já existem, e também aqui é preciso que a população e o movimento sindical pressionem no sentido de se fazer cumprir a lei.

6º) Quanto à Previdência Social, INSS, velha conhecida dos trabalhadores, é preciso uma reformulação geral. Desde o fim das filas intermináveis que se formam ao relento das agências desde às 3 ou 4 horas da madrugada, até o atendimento por parte dos funcionários de forma geral e médicos peritos. Grande estardalhaço se fez e se faz a respeito das fraudes, como se ocorressem em grande quantidade e por todos. No entanto, a verdade é que as fraudes ocorrem sim, porém são planejadas por alguns poucos que acabam ganhando ilicitamente muito. A grande maioria da população e dos trabalhadores recebe tratamento indigno por parte do INSS. Além das filas infundáveis, citadas acima, o atraso nos pagamentos aos doentes e acidentados afastados do trabalho e aposentados é regra. E finalmente, em relação aos critérios da Previdência Social de reconhecimento das doenças relacionadas ao trabalho, embora a situação continue insatisfatória, é diferente de anos atrás. Esses critérios obedecem a fatores de ordem política, de correlação de forças na sociedade e muito menos a fatores de ordem técnico-científica. Por que, por exemplo, uma determinada do-

ença não é considerada como "decorrente do trabalho" numa época, e em outra época o é? Não é necessariamente pelo maior nível de conhecimento da doença, e sim pela força política que pressiona o órgão segurador a reconhecer a doença como relacionada ao trabalho. Esse ato, de certa forma, responsabiliza as condições de trabalho pelo aparecimento e/ou agravamento de determinadas doenças, dá ao trabalhador direito aos chamados benefícios previdenciários menos irrisórios e a condições trabalhistas diferenciadas. Exemplo, as Lesões por Esforços Repetitivos (L.E.R.), síndrome dolorosa que acomete o sistema ósteo-muscular, que hoje tem atingido trabalhadores das mais variadas categorias que trabalham sob certas condições, entre as quais movimentos repetitivos e posições estáticas prolongadas, em ritmo intenso. Antes de 1987, não eram consideradas do trabalho. Em 1987, a Previdência Social passa a considerá-las do trabalho, mas as chama de "tenossinovite do digitador" por ter sido esta a categoria que liderou a pressão social para obter o reconhecimento como doença relacionada ao trabalho. Em 1991 a própria Previdência Social amplia o conceito: passa a chamá-las de L.E.R. e amplia as categorias sujeitas a tê-las. Em 1992, em São Paulo, sob a articulação com várias instituições e sindicatos, a Secretaria de Estado da Saúde publica resolução que tenta sistematizar critérios de prevenção, diagnóstico e tratamento da doença. Em março de 1993, a Previdência Social publica uma revisão de suas normas técnicas, baseadas na resolução da Secretaria de Estado da Saúde. O que mudou de 1987 para cá? O número de artigos científicos sobre o assunto antes de 1987 já era enorme, o conhecimento sobre a doença já amplamente divulgado; portanto, não foi o maior conhecimento sobre a questão, o determinante para que a Previdência Social mudasse seus critérios, foi a pressão social.

Uma tendência observada é a tentativa cada vez maior das ações conjuntas de várias instituições, que de alguma maneira estejam envolvidas na defesa da saúde do trabalhador. Assim, órgãos da Saúde, Previdência Social, Ministério Público, Ministério do Trabalho, Universidades, Sin-

dicatos e Movimentos Populares têm tido uma participação mais ativa na área. Nessa linha, temos a constituição do Fórum Interinstitucional de Saúde e Trabalho, que tem se reunido mensalmente, aberto a todos que queiram participar, para debate e encaminhamento de atividades de interesse na luta pela proteção de Saúde do Trabalhador, sejam no campo da prevenção de agravos à saúde do trabalhador, ou na assistência, formação e aprimoramento de recursos humanos e legislação. Outros espaços legalmente constituídos, como o Conselho Estadual e Municipais de Saúde também são importantes conquistas da população.

Conclusão

Gostáramos, finalmente, de dizer que se parecemos muito otimistas, de fato estamos, porque assim como alguns enxergam um copo com a metade vazia, outros enxergam o mesmo copo com a metade cheia.

Isto não quer dizer que não tenhamos dificuldades. Temos e muitas. O próprio SUS corre grande perigo. O sistema público de saúde nunca esteve tão precário. Mas acreditamos que será possível construir um sistema único de saúde, se lutarmos em vários níveis, assumindo nossos papéis, como técnicos, sindicalistas, usuários e cidadãos. Isto implica em atitudes gerais, como participar ativamente das eleições, apoiando candidatos que se comprometam com as causas populares e dos trabalhadores, até em atitudes específicas, como participar ativamente dos conselhos gestores, conselhos de saúde, sindicatos, associações, dentro das fábricas e empresas em geral. Temos que exercer realmente o controle social, lutarmos pela cidadania em todos os níveis. E isso é trabalhoso. Todavia, estamos convencidos de que temos todas as condições de avançar na conquista de uma sociedade saudável e mais equilibrada, se tivermos paixão pelas idéias, ousadia e seriedade nas ações, tolerância e generosidade com os aliados e firmeza e sobriedade contra os adversários.

**Maria Maeno Settimi é médica*

***Katia Santos Dias de Castro é enfermeira*

****José Carlos do Carmo é médico*

MEDICINA ALTERNATIVA

A experiência da diocese de Ji-Paraná

Mari Solange Cella*

A Diocese de Ji-Paraná abrange o centro-leste do Estado de Rondônia e o extremo oeste de Mato Grosso, perfazendo uma área de 250.000 km².

É uma região de ocupação recente, cuja população é formada, na sua grande maioria, de migrantes vindos das mais diversas regiões do país. Foram atraídos por propagandas dos governos e incentivados por planos econômicos criados para, entre outras razões, desafogar as tensões sociais do sul do Brasil. A década em que mais chegaram migrantes foi a de 80, cerca de 938 mil, porém as cidades tiveram sua maior taxa de crescimento na década de 70.¹

Mato Grosso e Rondônia são Estados periféricos num país doente. As cidades se enchem de pessoas expulsas do campo, forçadas pela concentração de terras nas mãos de um pequeno grupo de latifundiários, pela falta de infra-estrutura rural, escolas, postos de saúde, estradas, preços nos produtos. Abandonam os lugares onde moravam ou a posse que mantinham, trabalhando como meeiros, posseiros ou assalariados, quando não em regime de escravidão, em condições de miséria. Vêm para a cidade, em busca de vida melhor. Chegando às cidades, nem sempre encontram lugar e teto, passando a viver em locais subumanos, sofrendo com a falta de saneamento básico, desemprego, alto custo de vida, fornecimento precário de energia, taxas exorbitantes de luz e água, IPTU, transporte coletivo. Aí, não são mais lavradores, tampouco, operários. Muitas famílias mantêm seus filhos na



Foto: Douglas Mansur

cidade e os pais vivem num constante vai e vem entre as zonas rural e urbana, à procura de trabalho. Nessas condições de vida, saúde é muito mais que assistência médica, é luta pela conquista de vida digna.

Desta situação vivida pela população originam-se diversas doenças endêmicas e até epidêmicas, como hanseníase, sarampo, meningite, febre amarela, cólera e malária.

Fica evidenciado o sucateamento da Saúde Pública, constatado na ausência de médicos e outros profissionais da saúde, na falta de medicamentos básicos nos postos e centros de saúde, na falta de profissionalismo de médicos e outros trabalhadores da saúde e no descaso dos órgãos governamentais para com os profissionais e agentes, provocando paralisações e até fechamento de hospitais, postos e centros de saúde.

Doenças mais comuns

Um levantamento feito pela Diocese de Ji-Paraná revelou que a *malária* vem em primeiro lugar, com 95% dos casos. Verminose, diarreia, desidratação, pneumonia, leishmaniose, tuberculose, infecções respiratórias e hanseníase também estão presentes em números assustadores de casos.

Falta vontade política para o combate da malária. Não se investe no tratamento, principalmente na região de Mato Grosso. São muitos os casos que levam à morte. As outras doenças são causadas, especialmente, pela falta de saneamento básico e falta de higiene.

O levantamento, que aconteceu em 1992, veio confirmar o que de há muito já se sabia e foi decisivo, em nível diocesano, para a implementação de um trabalho alternativo na área da saúde.

A denúncia como serviço

O trabalho feito pela Pastoral da Saúde da Diocese de Ji-Paraná é um sinal muito concreto de que, com boa vontade, é possível melhorar a saúde do povo. Quando se percebeu que a população estava sendo destruída na saúde, decidiu-se que era o momento de ações concretas para minimizar o problema.

A Pastoral da Saúde, junto com seu trabalho curativo e preventivo, realiza um serviço político de denúncias sobre os sistemas políticos, comercialização da saúde e da doença, a ação das empresas farmacêuticas, os desvios de verbas públicas que deveriam reverter à saúde, o não funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde e a não participação dos grupos organizados nos mesmos, a omissão dos serviços de saúde sobre as doenças endêmicas e epidêmicas e a esterilização em massa de mulheres em plena idade fértil com fins eleitorais.

Ações

Os agentes de saúde não fazem apenas "consultas". Há uma proposta de ação e reflexão incentivando a apropriação do

processo de produção de saúde pelo povo, a organização em grupos para a discussão e encaminhamento dos problemas das comunidades e, principalmente, a apropriação dos direitos garantidos pela Constituição, mas que não são cumpridos.

São mais de 1100 agentes de saúde voluntários e quatro agentes de saúde remunerados. O número de agentes voluntários se multiplica à medida das necessidades de cada comunidade local. De 1988 até 1993 haviam participado de Cursos de Formação oferecidos pelo Projeto Pe. Ezequiel³ 1124 agentes de saúde comunitários voluntários.

Para ser agente de saúde é necessário ter boa vontade, espírito de solidariedade, bom senso e ser alfabetizado. O último critério nem sempre é levado em conta. As pessoas, primeiro tornam-se agentes de saúde, em seguida vão aos cursos de alfabetização de adultos devido à necessidade que sentem. Mais uma ação concreta da Pastoral da Saúde! Os agentes recebem formação constante em cursos diocesanos ou paroquiais, são treinados e prestam serviços à comunidade voluntariamente. Tanto nos cursos de formação e treinamento como no trabalho diário dos agentes, três preocupações constituem foco permanente de atenção: a orientação geral em saúde; políticas de saúde e o cuidado com os doentes.

Onze agentes estudaram Homeopatia no IPESP (Instituto Pastoral em Saúde Popular), em Cuiabá/MT. Há Farmacêuticos Homeopáticos responsáveis pela manipulação de medicamentos, atendimento e assessoria aos agentes comunitários.

Na Diocese existem cerca de 100 farmácias comunitárias de medicina alternativa e homeopatia. As "farmacinhas" funcionam também como Centros de Treinamento para os agentes de saúde. Ali eles se encontram para estudar, trocar experiências e adquirir matrizes homeopáticas. Em cada local de treinamento há um agente que acompanha e orienta os trabalhos dos demais.

São realizadas diversas manifestações públicas reivindicando a melhoria no atendimento na Saúde Pública onde a palavra é aberta à população e também ao poder público.

Os agentes de saúde, ao realizar seu

trabalho, retomam uma prática há muito abandonada pelos profissionais da saúde: a escuta. As pessoas, ao se dirigir às "farmacinhas", chegam movidas pela necessidade causada pela doença e, precisavam, acima de tudo, de serem ouvidas. Ouvidas não apenas pela sua falta de saúde, mas, principalmente, pelas causas que fazem a doença surgir. Aí entra a dimensão política do serviço: a tomada de consciência dessas causas e da responsabilidade da própria população em reverter a situação através da apropriação do direito à cidadania de cada pessoa.

A pessoa com problemas de saúde, ao ser atendida, é aconselhada em relação à alimentação, com ênfase na utilização da cozinha alternativa e sem agrotóxicos, e incentivada ao cultivo das ervas medicinais. É orientada sobre os cuidados com a horta medicinal, o preparo das ervas e dos chás. A orientação estende-se, ainda, aos cuidados básicos de higiene pessoal, dos alimentos e da casa e ao saneamento básico.

Um número significativo de agentes comunitários da saúde oferece serviços de massagens. Todos os agentes são treinados para o conhecimento do corpo humano e das funções específicas de seus órgãos e aparelhos.

Os agentes realizam, igualmente, diversas atividades envolvendo a população, como gincanas da saúde em escolas, exposição de ervas, troca de experiências e o resgate do saber popular relacionado às plantas medicinais.

Uma grande ação conjunta é a participação ativa nos Conselhos Municipais de Saúde, embora haja grande dificuldade em ser aceitos e ter voz ativa devido às exigências que fazem para a melhoria do atendimento à saúde da população.

O atendimento à população é gratuito, sendo que os medicamentos manipulados pelos responsáveis legais são cobrados a preços acessíveis para o ressarcimento da vidraria e matrizes utilizadas. Isto, mais a falta de assistência da Saúde Pública e os ótimos resultados curativos e preventivos obtidos, ocasionam grandes filas para o atendimento. Há uma preocupação muito grande para que as "farmacinhas" não se tornem um substituto dos órgãos responsáveis pela Saúde Pública. A Pastoral da

Saúde faz o trabalho para evitar maiores conseqüências à população. O seu objetivo maior é o trabalho de devolver ao povo a sua cidadania e incentivá-lo à cobrança de seus direitos.

Repercussão Popular

O serviço prestado pelos agentes repercute favoravelmente na população, não só naquela mais atingida pela falta de atendimento à saúde, mas por pessoas que têm acesso aos serviços não gratuitos da medicina. O atendimento é franqueado a todos, as pessoas conseguem adquirir os medicamentos de que necessitam, são atendidas dignamente, adquirem conhecimentos sobre plantas medicinais e os bons efeitos curativos acontecem. Na necessidade, sabem aconselhar a procura da medicina alopática. Os agentes de saúde são enfáticos nesse ponto: a medicina alopática, em certos casos, é necessária, não podendo ser substituída; falta-lhe, entretanto, a revisão de certos conceitos e a valorização da pessoa humana. A população deixa de ser explorada pelos farmacêuticos e hospitais privados. O envolvimento das comunidades e das escolas está se tornando cada vez maior, principalmente com relação ao plan-

to das ervas medicinais, o reconhecimento das mesmas e o estudo sobre elas. A eficácia do tratamento nas doenças mentais, nervosas e psíquicas também se faz notar. Após o tratamento a pessoa sente-se integralmente recuperada.

Dificuldades

Apesar de tudo, as dificuldades se fazem presente. Como são voluntários, os agentes dispõem de pouco tempo para o atendimento. Precisam, também, exercer serviços que lhes garantam a sobrevivência. A dificuldade em conciliar o trabalho particular ou o doméstico com o de agente de saúde é grande. Nem sempre é possível escolher a hora de ser atendido pelo agente. Algumas comunidades estão reivindicando junto às autoridades competentes, a contratação legal dos agentes para prestarem serviços juntos aos Postos de Saúde na zona rural. É um longo e burocrático caminho, mesmo porque há o impedimento do exercício da medicina por leigos, embora possuam formação técnica e não manipulem medicamentos. As autoridades criticam ferozmente a prática da medicina alternativa, chegando, em alguns casos, às

ameaças de represálias. O material tem custo elevado e é de difícil aquisição. O número de agentes é muito pequeno, comparado com a necessidade. Deseja-se evitar, a todo custo, as filas, o chegar de madrugada para ser atendido, o acúmulo de pessoas doentes para um só agente, o que se tornaria uma cópia dos problemas verificados nos postos e hospitais públicos.

Ao se prestar o atendimento, percebe-se que, na maioria das vezes, não é suficiente o chá, o medicamento homeopático, as orientações básicas para higiene e alimentação. Precisa-se, com urgência, de meios para a aquisição do alimento, de meios para o saneamento básico nas residências. Urge o saneamento básico nas cidades. É imprescindível que haja empregos com remuneração digna, que haja terra para os agricultores e uma política agrícola justa, estradas e condições de transporte.

As dificuldades são muitas, mas os resultados são altamente satisfatórios e animadores, principalmente pela retomada de consciência da população de seus direitos como cidadãos. Os agentes sabem que, no momento, este trabalho representa a saída possível na questão da saúde, para o povo.



Foto: Luiz Bassegio

**Mari Solange Cella é coordenadora das Pastorais Sociais na Diocese de Ji-Paraná, integrante do CEPAMI (Centro de Estudos e de Pastoral dos Migrantes) e Profª licenciada em Química e Matemática.*

NOTAS

1- O Migrante - Ano VI, nº 24, fev/92.

2- Diocese de Ji-Paraná - Levantamento de dados da realidade da saúde pública nos municípios da região da Diocese de Ji-Paraná - RO/MT - 1992, mimeo.

3- O Projeto Pe. Ezequiel da Diocese de Ji-Paraná coordena atividades que abrangem quatro setores de trabalho: Saúde, Menor, Alfabetização e Agricultura, tentando uma resposta aos problemas sociais que afligem a população.

MIGRAÇÕES SAZONAIS E SAÚDE DO TRABALHADOR

Ivan Targino*
Emília Moreira*
Gláucia Ieno*
Tereza Mitsunaga*

As análises aqui realizadas estão baseadas em dados e informações colhidas em três municípios da zona canavieira paraibana, a saber: Pedras de Fogo, Caaporã e Sapé.

Durante o trabalho de campo¹ ficou ressaltada a importância dos fluxos migratórios sazonais para a formação da oferta de trabalho durante o período de colheita da cana-de-açúcar. Essa constatação levou a equipe se deter com mais cuidado sobre a questão, ampliando os propósitos iniciais.

Esse artigo compreende quatro itens. No primeiro, discute-se a formação dos fluxos sazonais e sua importância sócio-econômica. No segundo, apresenta-se um quadro geral das condições de trabalho e de vida desses trabalhadores. No terceiro, analisa-se os principais fatores do desgaste dessa força de trabalho que afetam suas condições de saúde. O último item contém propostas e encaminhamentos que visam contribuir para a correção dos agravos à saúde dos trabalhadores de galpão.

OS FLUXOS SAZONAIS: ORIGEM E COMPOSIÇÃO

O deslocamento de trabalhadores das regiões agrestina e sertaneja para se ocuparem da colheita da cana-de-açúcar (de agosto a janeiro), não é um fato novo. Segundo Suarez, esse movimento migratório "remonta ao período de implantação das Usinas e abolição do trabalho escravo" (SUAREZ, 1977:93). Esses fluxos eram formados tanto por trabalhado-

res sem terra, como por pequenos produtores (minifundistas, sítiantes ou rendeiros), procedentes do Sertão e, principalmente, do Agreste. Eles dirigiam-se à Zona da Mata durante o período de estiagem e subocupação nas suas áreas de origem. Dados levantados por Tereza Suarez no início da década de setenta, levaram-na a afirmar que "este fluxo foi considerável até épocas bem recentes e no entanto vem perdendo importância" (idem, ibidem:96). As mudanças que se processaram nas relações de trabalho, ao lado da crise por que passava a lavoura canavieira à época, estariam na base daquele declínio. Tal tendência, no entanto, foi interrompida. Observa-se nas últimas décadas o fortalecimento desses fluxos. Para a reversão dessa tendência concorreram uma série de fatores entre os quais pode-se citar:

a) a implantação do Proálcool, a partir de 1975, propiciou uma expansão considerável da área cultivada com a cana-de-açúcar, elevando a demanda por trabalho na época da safra;

b) a modernização agrícola (mecanização e utilização de produtos químicos) reduziu e concentrou o tempo de trabalho sem alterar o tempo de produção da lavoura canavieira, aumentando com isto, a sazonalidade do trabalho na cultura da cana-de-açúcar e, portanto, a demanda de trabalho no momento da colheita;

c) as mudanças nas relações sociais de produção decorrentes da exclusividade da cana na utilização do solo, da modernização técnica da agricultura, bem como das modificações introduzidas na legislação trabalhista, transformaram o assalariamento temporário na relação de trabalho predominante;

d) a pecuarização do Agreste, principalmente na década de 70, acentuou, de um lado, a desruralização da população agrestina e, de outro lado, o processo de urbanização regional e, em consequência, a disponibilidade de mão-de-obra local face a fragilidade da estrutura econômica da rede urbana regional;

e) o fortalecimento da ação sindical na zona canavieira a partir do início da década de oitenta, conduziu a uma maior agressividade dos trabalhadores nas suas reivindicações, inclusive com a organização de greves por ocasião dos dissídios coletivos;

f) as estiagens prolongadas atingindo a produção e o emprego agrícola nas regiões do Sertão e do Agreste/Brejo, contribuíram para reforçar as dificuldades de acesso dos trabalhadores rurais a terra, acentuando o êxodo rural.

Pode-se afirmar que a dinamização dos fluxos migratórios sazonais para a zona canavieira, deve-se tanto às modificações na base técnico-material e nas relações de produção que aumentaram a demanda sazonal de trabalho, quanto às mudanças político-institucionais (redemocratização, retomada da organização sindical) que levaram os fornecedores de cana e usineiros a procurarem esses trabalhadores. Essa tem sido a estratégia patronal para enfrentar as lideranças e a organização do movimento sindical.

UMA CARACTERÍSTICA DOS FLUXOS

Durante os trabalhos de campo foi possível identificar dois tipos de fluxos migra-

tórios: um espontâneo e outro organizado.

O fluxo espontâneo é composto por trabalhadores que, por conta própria, se dirigem para a zona canavieira, principalmente para suas maiores cidades, (Sapé, Santa Rita, Mamanguape). Alojaram-se em quartos alugados na periferia dessas cidades, em condições bastante precárias. Nesses quartos, os únicos utensílios domésticos presentes são as redes, as panelas e a trempe (três pedras dispostas de forma triangular no chão entre as quais se põe a lenha e sobre as quais a panela para cozinhar). Os próprios trabalhadores cuidam da sua alimentação. Eles passam a procurar trabalho nas mesmas condições que os bóias-frias locais, isto é, apresentam-se cotidianamente no mercado de trabalho, na tentativa de serem agenciados por um "gato". Normalmente não usufruem dos direitos trabalhistas (carteira assinada, 13º salário, férias e repouso remunerados, etc...). Segundo dados levantados pelo Gestar (Grupo de Saúde e Trabalho Rural/UFPB), em 1985 a remuneração média desses trabalhadores era inferior a um salário mínimo. (GESTAR, 1985).

O fluxo organizado é aquele formado por trabalhadores contratados por um chefe de turma ligado aos proprietários. Esse agenciador chega numa determinada localidade e convoca jovens e adultos para o trabalho no corte da cana. Os trabalhadores são transportados em caminhões das usinas e alojados em galpões instalados nas propriedades das Usinas. A situação desses galpões é, via de regra, desumana, embora bastante diversificada. Encontram-se galpões de alvenaria com sanitários externos e tanques para armazenar água, como também existem galpões cobertos de telha mas cujas paredes são de pau-a-pique, fechadas por sacos de plástico para embalar adubos, sem sanitários e sem depósitos de água. Nesse último caso, o galpão serve também de depósito para agrotóxicos, sobre os quais os trabalhadores armam suas redes. De um modo geral, eles são pequenos para abrigar o número de trabalhadores. Segundo estes, *"as redes batem umas nas outras e falta lugar para botar os troços"*. Nos galpões, não há energia elétrica e é comum a presença de insetos (muriçocas, baratas, aranhas caranguejeiras...). A alimentação, durante

a semana, é preparada por um cozinheiro. Os trabalhadores adquirem os alimentos nas cidades mais próximas e pagam a alguém para preparar a alimentação. Esta consiste em uma das combinações: farinha/feijão/charque; feijão/ovo/farinha; farinha/peixe seco; quarenta (papa de fubá de milho, água e sal), rapadura e bolacha. Em alguns galpões não existe um espaço destinado para a cozinha. Um fogão à lenha do lado de fora serve como tal. Sem proteção contra o vento, as panelas acabam por receber poeira e fuligem de cana que se misturam à comida.

Os trabalhadores que integram o fluxo organizado possuem algumas vantagens em relação aos do fluxo espontâneo. Eles não pagam transporte, não dispendem com aluguel e possuem a garantia de trabalho todos os dias. Em compensação, são obrigados a: a) executar todas as tarefas designadas pelo chefe de turma. Mesmo durante a noite eles podem ser convocados para trabalhar no "lambaio", isto é, trabalhar durante a noite, no ritmo das máquinas, juntando as canas por elas deixadas. Alguns deles são adolescentes com menos de 18 anos que, para ganhar o equivalente a duas tarefas, trabalham no lambaio das 18:00 horas às 6:00 horas da manhã; b) submeter-se a uma intensidade de trabalho maior do que a dos outros trabalhadores; c) terem suas ações controladas mesmo fora do ambiente de trabalho (o jogo de cartas e a bebida são proibidos e a penalidade para a transgressão é a perda de dias de trabalho durante a semana). Caso não aceitem as condições de trabalho, são afastados e substituídos.

Estes fluxos são formados por homens, na sua maioria jovens (não foi encontrada nenhuma mulher entre os entrevistados). Em um dos galpões visitados, só havia jovens entre 14 e 21 anos de idade. A falta de ocupação no local de origem é a grande razão para a vinda. Do ganho obtido, o trabalhador tem que garantir a sua alimentação no galpão e a sobrevivência da sua família. Assim, vê-se obrigado a gastar o mínimo possível na aquisição de gêneros para si, o que explica as combinações alimentares extremamente precárias enumeradas anteriormente. Eles são procedentes tanto das periferias das cidades do Agreste (Itatuba, Araruna, Cacimba de

Dentro), quanto dos vilarejos e vilas que passam a se constituir em uma nova característica das áreas rurais agrestinas: o habitat rural concentrado. O aumento dessas concentrações rurais contrasta com o esvaziamento das propriedades

Em consequência da forma de agenciamento, os trabalhadores de cada galpão procedem de uma mesma localidade, ou de um mesmo município. O nível de escolaridade é bastante baixo. A maioria não chega a completar a primeira fase do primeiro grau, sendo grande o número de analfabetos.

A organização dos galpões fica sob a responsabilidade do cabo de turma. O cabo de turma não é necessariamente o cabo de cito. Ele controla completamente a vida dos trabalhadores, inclusive nas horas de trabalho. Até mesmo as visitas se dão sob os seus olhares vigilantes. Alguns cabos entrevistados eram antigos trabalhadores que conseguiram a confiança dos proprietários, ascendendo à nova posição. Nos casos de acidentes a responsabilidade cai primeiramente sobre ele. Só nos casos mais graves é que a usina é acionada.

Dentre as vantagens desse tipo de trabalhador para as usinas pode-se citar:

a) mão-de-obra disponível. Como já foi dito anteriormente, os trabalhadores encontram-se não só inteiramente disponíveis, como obrigados a executar o trabalho que lhe for determinado. Em outras palavras, eles não têm nenhuma autonomia na escolha do conteúdo nem da intensidade do trabalho a ser realizado;

b) mão-de-obra disciplinada, fora da ingerência dos sindicatos. Como são trabalhadores procedentes de outros municípios, não têm ligações com o sindicato local. Mais do que isso, a imagem difundida sobre o sindicato é a de aproveitador que não cuida das necessidades dos trabalhadores. Dada a "distância" dos sindicatos, fica difícil a fiscalização das condições de trabalho, bem como a arregimentação desses trabalhadores por ocasião das greves;

c) mão-de-obra mais facilmente explorável. Segundo depoimento do presidente do Sindicato de Trabalhadores Rurais do município de Caaporã, a tarefa que os trabalhadores devem realizar cada dia é maior que a estabelecida pelos dissídios coletivos, o que resulta, concretamente,

em jornada de trabalho mais longa. Por alguns depoimentos colhidos, muitos têm que trabalhar também aos sábados e até mesmo aos domingos para completar a tarefa que lhes foi destinada para aquela semana e assim obter o salário integral.

As informações acima contidas mostram, de um lado, o grau de desproteção e insegurança dos migrantes sazonais da zona canavieira nordestina e, de outro, as precárias condições de trabalho e vida a que são submetidos nos galpões e pontas de rua, as quais contribuem para agravar o quadro já precário de saúde dessa população.

MIGRAÇÃO SAZONAL E SAÚDE DO TRABALHADOR

Entende-se que o processo saúde-doença é socialmente determinado. Isto é, a inserção no processo produtivo é um fator imprescindível para se entender, de um lado, o desgaste a que está submetida a força de trabalho (consumo da força de trabalho), bem como as (im)possibilidades de reposição do desgaste sofrido. O que vale dizer é que a saúde/doença não é apenas um processo biológico, mas é também processo social historicamente determinado. A seguir, procura-se analisar os principais fatores do desgaste sofrido pelos trabalhadores que afetam suas condições de saúde.

Fatores do desgaste da força de trabalho

Com base no exposto, consideram-se as condições de transporte, alojamento, trabalho e alimentação como principais fatores do desgaste da força de trabalho que compõe os fluxos migratórios sazonais para a zona canavieira, em particular os fluxos organizados, objeto de maior preocupação deste estudo.

No que se refere às condições de transporte, os trabalhadores contratados por um chefe de turma, são conduzidos em caminhões da usina, dos locais de origem para os galpões, dos galpões para os locais de trabalho e, a cada quinze dias, dos galpões para o lugar de origem, para visitar as

famílias e levar-lhes uma parte do salário ganho. Muitos destes transportes são especializados no carregamento da cana, "os gaiolões", ou são caminhões que, sem nenhuma adaptação, são utilizados para tal fim. Não existe, em sua grande maioria, lugar para sentar nem para colocar os instrumentos de trabalho, tais como enxada e facão, o que provoca com certa frequência, acidentes. Isto sem falar que apesar da distância entre o local de trabalho e o de origem quase nunca é superior a três horas de viagem, nos dias de visita à família o tempo gasto neste percurso pode ser de até doze horas. Isto porque o caminhão que os transporta conduz trabalhadores de vários galpões, situados em várias propriedades da Usina ou da Destilaria. Assim, ele só pode tomar seu destino quando consegue reunir todos os trabalhadores de um ou mais municípios. Além disso, muitas vezes, o motorista é obrigado a parar para dormir no meio do caminho e a altas horas da noite, em virtude do cansaço não lhe permitir seguir a viagem sem interrupção. Nesses casos, os trabalhadores se acomodam em torno do caminhão, ficando sujeitos, segundo os seus depoimentos, a chuvas, atropelamentos e assaltos. Após uma semana de trabalho árduo, as precárias condições de transporte são mais um fator de desgaste para os trabalhadores. Esgotados, eles só alcançam suas casas na manhã de domingo.

Alguns riscos de acidentes a que estão expostos esses migrantes sazonais relacionam-se ao processo de trabalho da lavoura da cana, estando a eles também sujeitos os trabalhadores do próprio município. São aqueles decorrentes da presença de animais peçonhentos, do manuseio de instrumentos cortantes e do trato com adubos químicos e agrotóxicos.

Os acidentes durante o corte da cana são muito comuns. É raro encontrar um trabalhador que não tenha sofrido um ferimento. Em virtude da posição em que trabalham, as partes do corpo mais atingidas são os braços, as mãos e as pernas.

Dependendo da gravidade do acidente, o trabalhador vê-se forçado à "ociosidade não remunerada". Raramente os empregados arcam com os custos da eventualidade. Para os trabalhadores dos galpões, um acidente pode significar a perda imediata

do trabalho e o total desamparo. Tais acidentes não são registrados ou identificados como acidentes de trabalho. Isto constitui uma consequência direta, tanto da condição de trabalho clandestino a que estão submetidos os migrantes (sem carteira assinada ou qualquer direito trabalhista), como da ausência de uma fiscalização mais eficaz por parte dos Sindicatos, da Delegacia Regional do Trabalho e até mesmo do Ministério Público. Esta fiscalização por sua vez é dificultada seja pela falta de articulação dos próprios trabalhadores com estas instâncias do poder público ou com os sindicatos, seja pela própria ineficiência do Estado que não dispõe de pessoal nem transporte suficiente para realizar com eficácia o seu trabalho. Regra geral, os agricultores vindos de outras localidades não mantêm vínculo com o sindicato local ou desconhecem as instâncias do poder público responsáveis pela fiscalização das suas condições de trabalho. Por outro lado, o medo do desemprego inibe a ação denunciadora dos trabalhadores.

Em relação aos agrotóxicos e adubos químicos, constata-se dois tipos de riscos de intoxicação:

a) Indiretos. A maioria dos trabalhadores de galpão não manuseiam tais produtos durante a execução do trabalho. Porém, o fato de não lidarem diretamente com esses agroquímicos não os coloca fora do risco de intoxicação. Foram detectadas várias formas indiretas de contaminação tais como: o contato dos pés descalços com o solo molhado por herbicidas, imediatamente após sua aplicação; a utilização de água para beber, cozinhar e asseio pessoal proveniente dos mananciais que recebem resíduos de herbicidas, fertilizantes químicos e leveduras fermentativas; o consumo de peixes e crustáceos pescados nesses mananciais. Uma pesquisa do Núcleo de Pesquisa de Recursos do Mar (Nepremar) e do Laboratório de Hidrobiologia do Departamento de Sistemática e Ecologia da UFPB, detectou alterações no teor de nitritos e nitratos em alguns mananciais de água da Zona Canavieira da Paraíba (elevados valores de nitrato foram observados nas nascentes do rio Açu, tributário do rio Mamanguape, cujo estuário é o segundo maior do Estado e nos reservatórios de

água dos rios Gramame e Mamuaba). Isto constitui, segundo os pesquisadores responsáveis pelas análises, uma evidência indireta da contaminação desses mananciais por fertilizantes químicos usados nas plantações de cana que circundam essas áreas. Este fato preocupa-nos pela possibilidade de formação de nitrosamina (agente cancerígeno) em adultos, a partir da ingestão de água rica em nitratos e nitritos. Foram encontradas também, altas concentrações de leveduras, baixos valores de oxigênio dissolvido e altos níveis de DBO em locais próximos às destilarias, bem como a constante presença de leveduras fermentativas ao longo do estuário do rio Paraíba, também em altas concentrações, numa evidência direta da contaminação desses ambientes por vinhotos e águas residuais. A inexistência de depósitos de água tratada em alguns galpões e no local de trabalho, leva os trabalhadores a utilizar para beber e para o banho, água das fontes que jorram na base das vertentes dos tabuleiros (cujos topos são cobertos por canaviais), de barreiros ou de rios e riachos que cortam a zona canaveira. Com isso aumenta o risco de intoxicação dessa população.

b) Diretos. Decorrentes do contato direto que os agricultores mantêm com os agrotóxicos e fertilizantes químicos, uma vez que estes são armazenados nos galpões onde eles se alojam. Chama a atenção a reutilização generalizada, pelos trabalhadores, de recipientes vazios de agrotóxicos como depósito para a água que levam ao campo.

O corte de cana é efetuado, via de regra, sem a proteção de luvas ou de vestimentas que preservem os braços e as mãos do contato com a palha da cana. O pelo existente na palha pode provocar irritações na pele com coccirias que levam a ulcerações e podem dar origem a problemas dermatológicos. Tais ocorrências foram verificadas em trabalhadores de um galpão situado na divisa dos municípios de Caaporã e Pedras de Fogo.

A posição do corpo aliada ao esforço físico repetitivo e intenso, necessário à execução das tarefas, são responsáveis por problemas ósteo-articulares (artralgias, lombalgias, distensão muscular, bursites, hérnia de disco, etc...).

A precária condição de alimentação dos trabalhadores, associada ao desgaste físico na execução das tarefas e a ausência de higiene dos galpões concorre para a proliferação de doenças.

Os agravos à saúde dos trabalhadores, objeto de nosso estudo, não são compensados pelo acesso aos serviços de saúde. Isto porque estes estão distantes dos locais de alojamento. Distantes fisicamente (os galpões localizam-se longe dos centros urbanos e das vias que lhes dão acesso) e socialmente (porque mesmo que os trabalhadores tivessem acesso físico a esses serviços eles não dispõem no local de trabalho, de nenhum sistema de informação ou de apoio que lhes permita o acesso aos mesmos).

PROPOSTAS E ENCAMINHAMENTOS

Os contatos mantidos com os trabalhadores e com o movimento sindical, levaram-nos a refletir sobre as possibilidades de melhoria das condições de vida e de saúde dos trabalhadores que integram o fluxo migratório organizado, bem como sobre a atuação de instituições, cujas ações têm reflexos sobre essa população. Essas discussões resultaram na elaboração de propostas e encaminhamentos abaixo sumariados:

a) a concepção de atuação do movimento sindical deve mudar, no sentido de:

- superar o constrangimento dos limites municipais das suas bases de atuação;

- extrapolar as tradicionais formas de luta restritas às condições de trabalho e ganhos salariais, procurando dar conta do conjunto das necessidades do trabalhador;

- articular sua ação com a de outras instituições envolvidas legal e politicamente com a melhoria da condição de vida da classe trabalhadora (Igreja, Universidades, ONGs, Ministério Público, Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, etc...).

b) os órgãos municipais devem sair da posição imobilista e burocrática que restringe suas ações aos Postos, Centros de Saúde e Hospitais. Eles devem atuar seja através da Vigilância Sanitária e Epidemiológica, seja via ação de agentes

ou equipes de saúde, de modo a englobar no seu raio de ação os trabalhadores dos galpões que, de outro modo, situam-se fora dos limites de sua atuação;

c) devem ser buscadas alternativas de emprego e renda nas regiões de origem desses migrantes que integre a atividade agrícola e atividades artesanais ou semi-industriais, objetivando a redução das migrações sazonais;

d) faz-se necessário intensificar a ação dos órgãos responsáveis pela fiscalização do cumprimento da legislação trabalhista e das conquistas dos dissídios coletivos;

e) é importante repensar as formas de atuação das ONGs e entidades religiosas, de modo a adaptá-las à mobilidade espacial desses trabalhadores;

f) a adoção de uma reforma agrária ampla e massiva se faz cada vez mais necessária, como condição preliminar para superar a apartação social a que estão submetidos os trabalhadores migrantes aqui estudados, não obstante a sua inserção no processo produtivo.

Do que foi exposto e analisado, pode-se concluir que ações isoladas e circunstanciais não serão capazes de minorar o quadro delimitado.

* Ivan Targino, Emilia Moreira, Gláucia Ieno e Tereza Mitsunaga são Pesquisadores do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESAT/ NESC-UFPB) e Professores da UFPB.

NOTA

1- O presente trabalho é parte de uma pesquisa sobre as condições de vida e trabalho da criança e do adolescente trabalhador da atividade canaveira na Paraíba, realizada pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Ceresat), do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (Nesc), da UFPB.

BIBLIOGRAFIA

- SUAREZ, Maria Teresa S. Cassacos e Corumbas. São Paulo, Ática, 1977.

- GESTAR. Relatório de Pesquisa sobre Processo de Trabalho Saúde/Doença dos Trabalhadores da cana e do abacaxi do município de Sapé. João Pessoa, Nesc/UFPB, 1985.

- CERESAT. Pesquisa de campo da equipe que estuda as condições de vida e trabalho da criança e do adolescente trabalhador da atividade canaveira na Paraíba.

- WATANABE, T. et alii. Evidências de contaminação decorrente da atividade canaveira em corpos d'água do Estado da Paraíba. Acta Limnológica Brasiliensia, 1992.

ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DA SAÚDE DO TRABALHADOR

Edith Seligmann-Silva*

“Ali se é um verdadeiro escravo, não se pode dizer nada, a gente é obrigado a ficar calado, mesmo esteja morrendo de cansaço”

(Ajudante industrial)

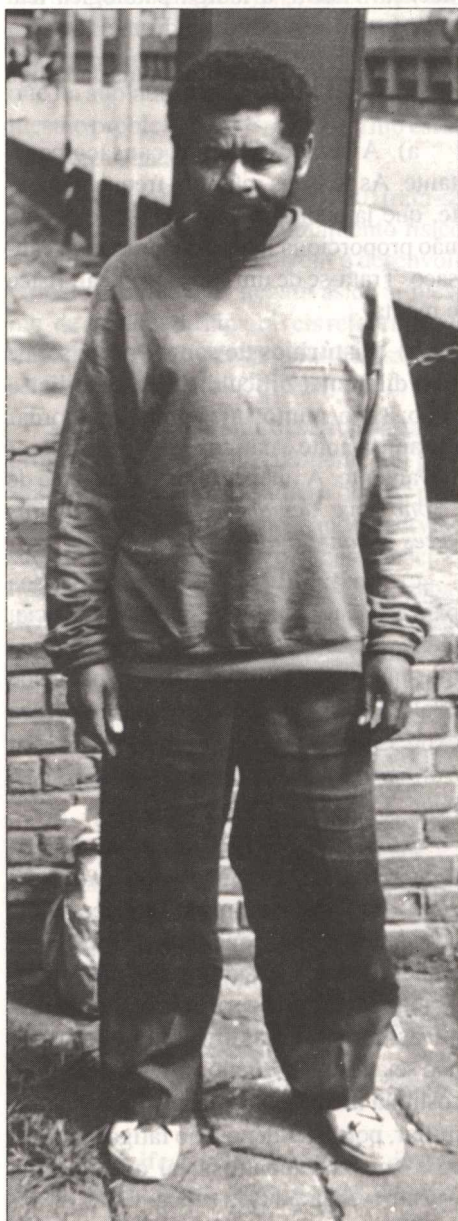


Foto: Pedrão

INTRODUÇÃO

Neste artigo, trataremos principalmente da saúde em sua dimensão psicossocial. Mas convém esclarecer desde logo que é impossível separar saúde psicossocial de saúde física, assim como é impossível dissociar corpo e mente. O sofrimento humano é um só: o que atinge o corpo, atinge a vida mental e a sociabilidade, sendo que a recíproca também é verdadeira.

Os impactos da migração sobre a saúde mental de quem vem trabalhar em terras estranhas é um assunto antigo e bastante polêmico.

Inicialmente era considerado que a migração sempre acarretava ataques à identidade e determinava vivências de insegurança, ocasionalmente perturbações vinculadas a estas vivências e a sentimentos de perda e/ou de medo do desconhecido. Mais recentemente, verifica-se que a situação política, sócio-econômica e familiar em que se processa a migração e a inserção em um novo contexto apresentam diferenças que se tornam decisivas para o grau de receptividade e segurança que serão vivenciados pelo migrante. A acolhida e as perspectivas percebidas com maior clareza quanto ao futuro são elementos cruciais. Então, a aceitação obtida pelo trabalhador migrante nos ambientes de vida e trabalho em que ingresse constituirá fator de grande importância para sua saúde psicossocial e para o desenvolvimento de uma nova vida.

As situações de trabalho

O que espera o trabalhador migrante, especialmente quando se trata de alguém que veio do campo para a cidade, sem ter tido oportunidade de obter capacitação para o desempenho de ocupações ditas “modernas”, são geralmente situações de trabalho bastante desfavoráveis à saúde. Procuraremos, a seguir, apresentar um resumo dos principais aspectos das situações de trabalho que devem ser considerados para entender os agravos sofridos pela saúde psicossocial dos trabalhadores.

Vale, de início, mencionar que o estudo das situações de trabalho envolve tanto as condições do ambiente físico, químico e biológico do trabalho quanto a política de pessoal da empresa, o processo de trabalho e o tipo de controle a que os trabalhadores são submetidos. Importam igualmente os padrões de relações humanas e inter-hierárquicas vigentes na empresa, a estrutura temporal do trabalho e os conteúdos das tarefas, além de outros aspectos organizacionais.

Na estrutura temporal do trabalho são considerados, entre outros componentes: a duração das jornadas; o regime diurno, noturno, ou em turnos de revezamento, dos horários de trabalho, os ritmos impostos ou não e sua intensidade, a qualidade e quantidade das pausas, os intervalos interjornadas e a folgas.

A caracterização das relações sociais de trabalho e dos modelos de gerenciamento adotados são também da maior importân-

cia. Pois tudo o que restringe a autonomia mental e corporal do trabalhador atua negativamente do ponto de vista dos interesses referidos à sua saúde.

Como já afirmamos acima, tudo o que afeta o corpo também afeta a vida mental e a sociabilidade. Portanto, quando o corpo é agredido por condições físicas como ruído, vibrações, falta de ventilação, temperaturas inadequadas para o ser humano; químicas (gases ou substâncias tóxicas em suspensão no ar); ou mesmo biológicas (contaminação do ambiente por bactérias ou outros microorganismos capazes de causar doenças, por ex.), haverá repercussões psicológicas e sociais. Para os trabalhadores sem qualificação, principalmente, a doença costuma ser uma fonte de ansiedade e insegurança quanto à manutenção do emprego e da capacidade de exercê-lo.

Importantes interações ocorrem entre os diferentes aspectos organizacionais e também entre estes e os ambientais, nas situações concretas em que os trabalhadores estão mergulhados, em permanente interação uns com os outros e com a situação de trabalho. Assim, desenvolve-se um processo extremamente dinâmico em que os trabalhadores atuam transformando as situações de trabalho ao mesmo tempo que também são transformados pelas mesmas e, muitas vezes, pelo desgaste que lhes vai sendo imposto.

Neste processo, ao longo da sucessão das semanas, meses e anos, mudam os modos de pensar, sentir e agir, enquanto a própria estrutura corporal vai sofrendo as alterações que simultaneamente advêm do envelhecimento, do trabalho e às vezes das outras esferas da vida que impõem carências, violências ou, ao contrário, constroem fortalecimentos.

Ao mesmo tempo, indivíduos e coletivos de trabalho podem amadurecer experiências e desenvolver, solidariamente, modos de lidar com as pressões do cotidiano laboral.

Vale a pena pensar o quanto, na modernidade atual, estes processos são alterados pela rapidez das próprias mudanças tecnológicas e organizacionais, especialmente por aquelas que rompem a sociabilidade construída no convívio e na

experiência compartilhada. Seriam exemplos os "enxugamentos" que, em nome da racionalização e da "qualidade total", lançam imensos contingentes humanos ao desemprego, ao trabalho informal ou à formas predadoras de terceirização.

OS AGRAVOS

Existe um grupo de problemas de saúde que vem sendo estudado com maior atenção no que diz respeito às suas vinculações com as situações de trabalho. Mencionaremos, a seguir, as principais características dos mesmos. Entretanto, não esgotaremos o assunto, pois existem muitos outros transtornos psicossociais e psicossomáticos cuja origem ou evolução pode estar ligada a circunstâncias do trabalho.

Desgaste

Os agravos psicossociais vinculados ao trabalho podem ser analisados em termo de **desgaste**.

Desgaste mental não significa necessariamente doença. Significa, essencialmente, **perda** - provisória ou definitiva - de algo que antes **fazia parte** do trabalhador e do seu mundo mental. Portanto, esse conceito inclui desde os desgastes literais, orgânicos, em que alterações psíquicas irão decorrer de lesões cerebrais provocadas por circunstâncias do trabalho - por exemplo intoxicações, até perdas de outra ordem - como as perdas acarretadas para a **identidade**, para a densidade da própria **vida afetiva** ou para os **projetos** construídos tendo em vista o futuro pessoal e da família.

Os estudos que identificam esses agravos estão surgindo em diferentes países do mundo e vários não foram ainda incluídos na classificação internacional de doenças (C.I.D). Outros obtiveram essa inclusão muito recentemente, na última classificação feita (CID-10), como é o caso da síndrome do "burn-out". Por isto, estamos colocando, em vários casos, as diferentes designações que estão sendo usadas para um mesmo quadro clínico.

1 - O cansaço patológico (Fadiga crônica. Fadiga industrial. Fadiga patoló-

gica).

Os primeiros estudos sobre esse problema foram realizados na área industrial e por isto, durante certo tempo esta perturbação foi denominada "fadiga industrial" e descrita principalmente em operários submetidos a trabalho que demandava grandes esforços (principalmente físicos), em jornadas longas, e/ou em ritmo intensivo. Nos trabalhadores cujas atividades eram noturnas ou em turnos de revezamento, a ocorrência desta fadiga foi descrita por vários autores.

Em medicina, costuma designar-se **síndrome** um conjunto de sintomas, o que não corresponde à categorização como doença. Assim, a fadiga patológica tem sido considerada uma síndrome.

As manifestações principais da fadiga patológica são:

a) A sensação de um **cansaço** constante. As pessoas referem, frequentemente, que já acordam cansadas, que o sono não proporciona mais a superação do cansaço. Trata-se de um cansaço **geral**: físico e mental.

b) **Distúrbios do sono**. Podem ser de tipo diferente: dificuldade de conciliar o sono; sono muito interrompido; acordar durante a noite e não conseguir adormecer novamente. A queixa mais frequente é de "sono leve demais", "acordar muitas vezes durante a noite".

c) **Irritabilidade** intensa. A pessoa passa a sentir que tem menos paciência, que explode com mais facilidade ou que tem que fazer enorme esforço para não explodir. Muitas vezes o que a pessoa expressa é: "agora me irrita e até descontrolo por coisas que antes nem me afetavam".

d) **Desânimo**. Este desânimo, referido geralmente como "perda de disposição", reflete-se num esvaziamento das atividades e relacionamentos sociais. A tendência é de não sair de casa nas folgas, abandonar esportes, participação em iniciativas comunitárias, recusar tudo o que não seja rotina obrigatória. Este desânimo costuma afetar particularmente a vida familiar, pois a tendência do fatigado crônico é um retraimento social que costuma frustrar o cônjuge e os filhos.

Dores de cabeça, dores no corpo, perda de apetite, são outras manifestações que podem ou não aparecer nestes casos da síndrome de fadiga crônica vinculada ao cansaço acumulado.

2 - Estafa (Esgotamento profissional ou síndrome do "burn-out")

A designação "burn-out" corresponde em português a incêndio, no sentido de algo que "queima até o fim". Em "psicopatologia do trabalho", Freudenberg é o psicanalista que adota este termo, que vem se divulgando muito no Canadá e nos países de língua inglesa. "Burn-out" seria uma espécie de incêndio arrasador das energias, do ânimo, das expectativas e da própria auto-estima. Um **esgotamento profissional**, na expressão que foi adotada em francês para designar o mesmo problema. No Brasil, o termo **estafa** já vem sendo utilizado.

De acordo com Chanlat (1990) trata-se de "uma síndrome de esgotamento físico e emocional, na qual ocorrem o desenvolvimento de imagens negativas de si mesmo, de atitudes desfavoráveis referentes ao trabalho e uma perda de interesse em relação aos clientes." (p.120)

A síndrome tem sido descrita em várias profissões e muito especialmente em **peessoas que prestam cuidados a outras pessoas**, na área de educação, saúde e serviço social. Geralmente são pessoas especialmente idealistas e dedicadas ao seu trabalho, muito exigentes em relação a si mesmas, que sacrificam muito o próprio bem estar. Fortes decepções e a ausência de reconhecimento costumam ser elementos importantes no desencadeamento da sintomatologia, na qual se verifica:

a) **Manifestações depressivas** caracterizadas pela vivência de um estado de saturação emocional em que o profissional se sente impossibilitado de suportar novos encontros com as pessoas cujas necessidades procurava atender.

Idéias de fracasso: a pessoa se auto-acusa como incompetente.

b) **Perda do autocontrole emocional.**

c) **Manifestações gerais de nervosismo:** irritabilidade; perturbações do sono;

inquietação.

Vale mencionar que esta síndrome também tem sido descrita entre executivos e em algumas outras atividades além das acima mencionadas.

Existem vários estudos sobre enfermeiras e outros profissionais que, tendo grande e permanente convívio com o sofrimento humano, estão particularmente expostos a esta síndrome, principalmente se as condições em que trabalham prejudicam o êxito de seus esforços.

3 - Neuroses traumáticas

Uma experiência na qual a pessoa vivencia uma ameaça intensa à própria vida é o exemplo mais comum do que se considera "experiência traumatizante". Mas também quando uma cena de horror e sofrimento é presenciada, quem a assiste pode ficar traumatizado - é o que muitas vezes acontece com trabalhadores que assistem a um acidente fatal.

Bancários que vivem o terror de um assalto às agências em que trabalham; maquinistas que são ameaçados e mesmo agredidos fisicamente por pessoas revoltadas com os atrasos dos trens, às vezes em situações de grave tumulto - estes são alguns exemplos de exposição a ocorrências potencialmente traumatizantes. Felizmente, nem todos desenvolvem neuroses pós-traumáticas em tais circunstâncias, e justamente a análise dos "fatores de proteção" (psicológicos e sociais) vem merecendo muita atenção nas práticas preventivas.

No quadro clínico das neuroses traumáticas destacam-se os chamados fenômenos de revivência em que a pessoa **revive** psicologicamente o acontecimento traumático. A imagem do acidente, ou do assalto, por exemplo, vem à mente sem que o indivíduo possa controlar essa revivência, que se acompanha de grande mal-estar. Também costumam ocorrer pesadelos em que o fato traumático aparece.

Além das neuroses traumáticas, outras neuroses podem desenvolver-se articuladas às situações de trabalho. Mesmo quando a origem primeira da neurose se encontra na fase infantil da vida, vivências do cotidiano do trabalho podem desencadear

ou agravar a sintomatologia.

4 - O embotamento afetivo: as síndromes da insensibilidade (Alexitimia, Normopatias)

Entramos aqui num dos assuntos mais atuais e importantes da psicopatologia do nosso tempo. Trata-se justamente do que acontece nas situações de trabalho nas quais a afetividade tende a ser sufocada ou expulsa em nome da racionalidade.

Alexitimia significa **distanciamento em relação aos próprios sentimentos**. A partir da indiferença afetiva em relação a si própria, a pessoa também se torna insensível em relação aos demais. Ao mesmo tempo, o indivíduo permanece, de um modo correto, embora mecânico, realizando as operações de seu trabalho. Alguns autores evocam, para descrever a alexitimia, a imagem de um relógio ou de um robô: funciona com precisão, mas sem sentimentos. É o que tem sido chamado "vida operativa", isto é, a pessoa "opera", funciona como máquina.

Pressões organizacionais e especialmente exigências de atividades mentais de grande densidade que requerem alta concentração, figuram entre as determinações mais estudadas do fenômeno da alexitimia, quando este emerge a partir de situações de trabalho. É como se a pessoa tivesse que rechaçar para um compartimento distante suas fantasias e sentimentos, a fim de se centrar no desempenho de suas atividades.

A alexitimia talvez seja uma espécie de defesa pela qual as pessoas se protegem diante de agressões à sua identidade. Está bem comprovado que também significa um grande risco de ocorrência de enfarte súbito do coração e de outras doenças.

Este tipo de problemática tem merecido um grande número de estudos e apresenta grande complexidade. Principalmente nas atividades informatizadas e automatizadas, portanto, naquelas mais estimuladas no mundo moderno, têm sido realizadas constatações a respeito. Mas tudo indica que a "culpa" da alexitimia não é tanto das tecnologias sofisticadas e sim, principalmente, das formas como as atividades são organizadas e controladas.

Numa época em que a ênfase na cha-

mada “*qualidade total*” percorre as empresas, a questão da **qualidade de vida no trabalho** emerge como fundamental, tendo em vista todo o conjunto de agravos psicossociais que podem surgir conectados ao trabalho. Mas o caso das síndromes de insensibilidade passa a ser uma preocupação não apenas de ordem psicológica ou médica, mas também, de ordem social e política - se refletirmos o que pode significar, em nível nacional ou mundial, a escalada da insensibilidade.

5 - Alcoolismo vinculado a situações de trabalho

O alcoolismo é um dos maiores problemas de saúde pública do nosso tempo.

A dependência de bebidas alcoólicas, assim como a dependência em relação às drogas em geral - das quais não trataremos aqui, embora às vezes também estejam relacionadas ao trabalho - podem ter origem em aspectos psicológicos profundos e complexos. Entretanto, apesar de reconhecida, atualmente, a multicausalidade do problema, o fato é que em numerosos tipos de ocupação e de situação de trabalho, verifica-se uma importante correlação entre aspectos do trabalho e o uso excessivo de bebidas alcoólicas.

Para que se compreenda porque isto acontece, entre outros pontos, vale destacar dois:

1º) O álcool possui algumas ações bem conhecidas: euforizante (estimula; proporciona sensação de alegria) e relaxante (diminui momentaneamente a tensão). Não falaremos aqui das indiscutíveis ações prejudiciais à mente e ao organismo em geral, queremos apenas lembrar que as duas ações acima citadas são justamente bastante procuradas pelos que buscam prazer ou um modo de diminuir tensões derivadas do trabalho. Numa pesquisa feita entre pessoas muito pobres e que realizavam trabalho especialmente penoso, à indagação da razão pela qual procuravam beber era frequentemente: “Porque é o (único) gosto que a gente pode ter!” Deve ser lembrado também que a euforia pode ser buscada para tentar enfrentar momentos desagradáveis e sombrios. Isto foi constatado com trabalhadores que lidam com cadáveres ou materiais repugnantes (lixo e dejetos em geral), em diferentes estudos. Nestas pes-

quisas, frequentemente os trabalhadores declaravam que a única maneira que encontravam para suportar tais atividades era ingerindo bebidas alcoólicas. O álcool também é usado para vencer a insônia, o que pode vir, com o tempo, a causar dependência.

2º) As práticas de consumo de bebidas alcoólicas possuem importantes significados em diferentes culturas. Muitas vezes a idéia de virilidade é associada a este consumo (“Quem é homem, bebe”). Por outro lado, o uso de bebidas se faz também em rituais comunitários de muitos



Foto: Pedrão

povos e é muito forte a idéia de que "companheiros bebem juntos". Assim, para fazer parte de determinados grupos, as pessoas se sentem obrigadas a participar em reuniões onde todos utilizam bebidas alcoólicas. Portanto, deve ser levado em conta o sentido **cultural** da bebida.

Do que ficou dito acima, pode-se inferir que são múltiplas as situações de trabalho que podem facilitar a instalação do hábito de consumo das bebidas, com posterior dependência.

As situações de trabalho em que ocorre intenso **isolamento físico** - ficando o trabalhador sozinho por muitas horas - também podem gerar sensações insuportáveis de ansiedade ou solidão nas quais a bebida alcoólica é procurada como "calmante".

Como o álcool também é conhecido como "desinibidor", existem pessoas que, em certas ocupações, o procuram para enfrentar ocasiões em que necessitam ser "sociáveis" e falar com desembaraço.

Mas são, sobretudo, as situações em que a dignidade é atacada, quando o trabalhador sofre desconsiderações reiteradas e mesmo humilhação, e ao mesmo tempo não possui possibilidade de reagir sob pena de perder o emprego, as que configuram risco para desencadeamento do alcoolismo. Neste caso, a bebida será usada com diferentes e simultâneas finalidades: buscar um estado de entorpecimento para acalmar a dor da humilhação, atacar a si mesmo e o mundo percebido como injusto e cruel. Evidentemente, estes mecanismos muitas vezes não são conscientes.

Verifica-se, assim, que quando existe uma situação em que o trabalho é penoso ou repugnante, além da superação das condições objetivas deste trabalho, os trabalhadores devem sentir-se valorizados no desempenho de suas atividades.

COMENTÁRIOS FINAIS

A vinculação entre determinadas situações de trabalho e a constituição de agravos à saúde mental é questão cientificamente comprovada. Mas o assunto tem sido sistematicamente obscurecido quando se trata de buscar a aplicação dos conhecimentos já consolidados ao mundo do

trabalho.

É também verdade que, a partir do trabalho, as pessoas podem conquistar realização pessoal e construir um sentido para a própria vida. Deste modo, o trabalho torna-se fonte de prazer e auto-estima, gerando estímulos para novos desenvolvimentos e iniciativas pessoais e coletivas. Neste caso, pode-se afirmar que o trabalho corresponde a um valioso fator de promoção de saúde mental e psicossocial. Este é o "lado positivo" do trabalho que costuma ser o mais ressaltado, valorizado e divulgado. Entretanto, a exaltação acrítica dos aspectos "bons" do trabalho vem justamente impedindo que se realizem ações eficazes para vencer os aspectos penosos, desumanos e mesmo adoeecedores e destrutivos que estão presentes em numerosas situações de trabalho.

Por isto mesmo é que, neste artigo, pretendemos examinar alguns destes aspectos "negativos" e os prejuízos que ocasionam, buscando, ao mesmo tempo, considerar as possibilidades de superação de tais males.

O conflito de interesses que vem retardando a divulgação e a aplicação dos resultados das pesquisas desenvolvidas na temática da Psicopatologia do Trabalho é bastante claro. As mais relevantes descobertas científicas neste campo demonstram que o "foco central" em que se originam as tensões e agravos psicossociais, nas situações de trabalho, está na **organização** do mesmo. E o desafio de transformar esta organização, justamente, levanta poderosas resistências no interior das empresas. Resistências que, na maioria das vezes, se articulam a temores de perdas econômicas e de poder. Presentemente, em especial nos países de economia central do primeiro mundo, os dirigentes de empresas que se dispõem a uma análise mais profunda, adotam uma visão mais avançada e começam a vencer estes temores pois no momento histórico em que cada vez mais o trabalho mental substitui o trabalho manual, o trabalhador necessariamente tem que ser reconhecido como pessoa dotada de pensamento, sentimentos e dignidade. E o **respeito** ao trabalhador pensante torna-se uma necessidade para conquistar a efetiva adesão e compromisso do mesmo

com a produção. Este respeito, infelizmente ainda ausente em grande número de situações de trabalho, é o elemento central da dinâmica em que são gerados, simultaneamente, a **ética do trabalho** e a efetiva **qualidade de vida no trabalho**. A qualidade de vida no trabalho é uma parte essencial do caminho que conduz aos ganhos de qualidade, tão tenazmente perseguidos pelas empresas.

Nas diferentes pesquisas de campo realizadas no Brasil dentro de estudos voltados para as questões da Saúde Mental e Psicossocial no Trabalho, a ausência do reconhecimento e até do **respeito humano** foi uma constante em grande parte do material levantado a partir da fala dos assalariados de diferentes setores. A própria condição humana, segundo muitos depoimentos, era percebida como não considerada, tal como expresso por trabalhadores industriais que mencionam sentir-se "tratados como animais".

Outras vezes, a representação evocada pelos trabalhadores, era a de alguém desprovido de cidadania - a figura do escravo.

Na presente fase, os avanços da democracia em nosso país necessariamente deverão incluir também a transformação em que sejam estabelecidos o respeito humano e o reconhecimento em um espaço de livre expressão, no interior dos ambientes de trabalho, proporcionando ao mesmo tempo novos fundamentos para a esperança, a criatividade e um desenvolvimento que seja simultaneamente econômico e humano.

Edith Seligmann-Silva é Profª da Faculdade de Medicina da USP e da Escola de Administração de Empresas da Fundação Getúlio Vargas. Autora de **Desgaste Mental no Trabalho Dominado, recentemente editado pela Ed. UFRJ/Cortez.*

BIBLIOGRAFIA

1. CHANLAT, J.F. - Théories du stress et psychopathologie du travail - *Prevenir* (20): 117-126, 1990.
2. DEJOURS, C. - De la Psychopathologie a la Psychodynamique du Travail. in: Dejours, C. - *Travail-Usure Mentale*, Bayard ed., pp. 205-259, Paris, 1993.
3. FREUDENBERGER, H.J. - *L'Epuisement Professionnel: la "brûlure interne"* - Gaetan Morin ed. - Quebec, 1987.
4. FRANKENHAEUSER, M. - Coping with stress at work. *Int. J. Health Serv.* 11 (4): 491-510, 1981.
5. SELIGMANN-SILVA, E. - *Psicopatologia e Psicodinâmica do Trabalho* - In: Mendes, R., *Patologias do Trabalho*, Ed. Atheneu, Rio, 1994.

Tu tem olhado, quebranto?

A Medicina Popular no contexto urbano

Maria Cecília Dias de Miranda*
Marta Valéria Capacla*

Medicina Tradicional, Terapias Religiosas e Medicina Oficial

Enquanto parte da Medicina Popular, podemos classificar as benzeduras entre as práticas da Medicina Tradicional e entre as Terapias Religiosas.

A Medicina Tradicional constitui-se num conjunto de conhecimentos a respeito da saúde, doença e cura, desenvolvidos pelo povo nas zonas rurais e transmitidos oralmente através das gerações. Tem um caráter essencialmente prático, empírico, pois seus principais procedimentos ocorrem nas experiências com a utilização dos recursos naturais e culturais disponíveis. Tendo surgido nos primeiros séculos da história do Brasil, combina elementos de origem indígena, africana e européia, com práticas mágicas e crenças do Catolicismo Popular.

Com o processo de urbanização, e com a migração dos especialistas da Medicina Tradicional (curandeiros, benzedores, parteiras, etc.) para as cidades, grande parte dessas técnicas mágico-empíricas foram esquecidas ou transformadas.

O aparecimento de novas doenças, o desenvolvimento da medicina universitária, a dificuldade de acesso aos recursos da natureza utilizados nos rituais e a modificação do contexto cultural inviabilizaram a transmissão e o uso de grande parte dos conhecimentos médicos tradicionais.

O sociólogo Florestan Fernandes já em 1941 realizou uma pesquisa em algumas áreas urbanizadas de

São Paulo sobre o "folclore mágico" - superstições, simpatias e benzeduras. Previa que os efeitos da secularização, isto é, a racionalização que a vida urbana impõe, transformariam essas práticas sem, entretanto, extingui-las; ocorreria um reajustamento pelo qual sobreviveriam apenas as práticas mais adaptadas à vida urbana.

Atualmente a ação dos benzedores é circunscrita a um âmbito restrito. Curam doenças espirituais (*mau-olhado, quebranto*) e outras de menor gravidade (*cobreiro, erisipela, engasgo, mau jeito*, etc.). Os recursos mais utilizados são as rezas, ervas medicinais e simpatias.

O objetivo deste artigo¹ é o de apresentar as principais características das práticas dos benzedores, situando esses agentes de cura enquanto especialistas da Medicina Popular, que combinam um saber tradicional a respeito dos cuidados com a saúde, com elementos da religiosidade popular.

As benzeduras consistem basicamente em gestos, rezas, simpatias, prescrição de ervas medicinais, remédios caseiros, imposição de mãos sobre a cabeça do benzido ou sobre as partes do corpo afetadas, com a finalidade de restabelecer o bom funcionamento do organismo ou eliminar influências espirituais negativas, causadas por *mau-olhado, quebranto* ou *castigo de forças divinas*.

Os benzedores distinguem-se pela capacidade da cura, porque conforme afirmam possuem um *dom*, uma capacidade *dada por Deus* de colocar a seu favor forças "mágicas" presentes na essência do universo. Em outros termos o benzedor serve também como intermediário na relação entre o indivíduo e o sagrado, podendo portanto duplicar a providência divina nos casos de doença e necessidade de proteção espiritual.²

Para contextualizarmos as benzeduras no meio urbano, devemos verificar o espaço que essa prática ocupa no Sistema de Saúde. Podendo dividir esse sistema em dois subsistemas: - o não-institucionalizado (compreende a Medicina Popular, Medicina Alternativa) e o subsistema institucionalizado (compreende a Medicina Oficial - aquela ensinada nas universidades e praticada nos hospitais e unidades básicas de saúde). Será o subsistema não institucionalizado o lugar onde as benzeduras enquanto exemplo de Medicina Tradicional e Terapia Religiosa irão constituir seu campo de atuação e legitimidade.

A Antropologia hoje procura entender todas essas atividades como sendo práticas de saúde atualíssimas, legítimas, extensamente praticadas no meio urbano e procuradas não apenas em razão do fator econômico e das dificuldades de acesso ao sistema oficial de saúde: os usuários escolhem seus itinerários terapêuticos principalmente em função de fatores culturais.

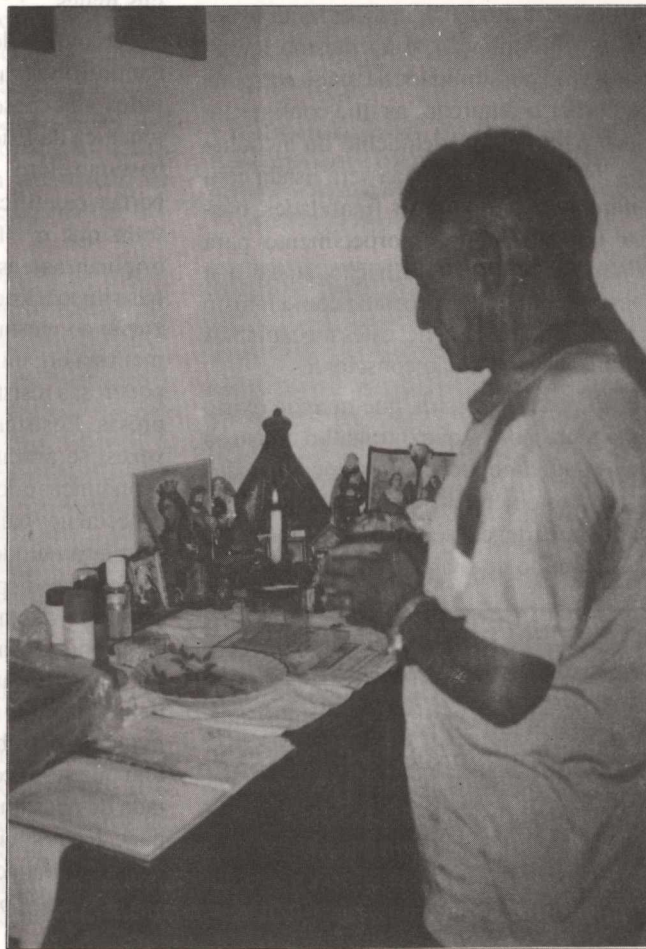


Foto: Márcia Santos Irala

Será portanto nos vazios deixados pela Medicina Oficial que os agentes populares de cura irão conquistar sua clientela. Não sendo possível determinar clinicamente alguns males como o *quebranto*, o *mau-olhado*, o *encosto*, será nas Terapias Religiosas que o doente obterá a oportunidade de diagnóstico e tratamento. As religiões possibilitam que os indivíduos orientem suas percepções a respeito das doenças a partir de um ponto de vista mais abrangente, que transcende as causas físicas, recuperando noções míticas que fogem do âmbito dos modelos racionais propostos pela medicina científica. O estado de desordem provocado pela doença, o medo da morte, criam no paciente uma postura subjetiva que se abre para a fé e o irracional. (CAMARGO, 1987)

A Importância da Fé

“- Então precisa a pessoa creditá em Deus, porque acredita em Deus acredita em tudo em tudo, né. Peguei e curei, graças a Deus.” (Seu Sebastião-benzedor).

Percebe-se entre os benzedores um uso distinto da fé, uma vez que a matriz religiosa envolvida é a do Catolicismo Popular. A religião, nesse caso é mobilizada para a resolução e superação das carências espirituais e materiais do cotidiano.

A fé enquanto capacidade de se acreditar antecipadamente num resultado que se deseja é elemento essencial para que as benzeduras tenham eficácia. Quando a comunidade reconhece o benzedor enquanto sujeito capaz de propiciar alívio aos infortúnios e às aflições através da utilização de forças sobrenaturais, cria-se uma disposição emocional e psicológica favorável à realização da cura e à manutenção da tradição das benzeduras.

As Diferentes Definições de Doença

As representações a respeito da doença são específicas a cada terapêutica da Medicina Popular. Assim, as Terapias Religiosas explicam as doenças em virtude do distanciamento entre indivíduo e o sagrado, ou por sentimentos negativos, “mal feitos” de outras pessoas. Na Umbanda por exemplo, o não cumprimento dos compromissos para com as entidades, as demandas e os encostos, entre outros, causam desordens na vida do fiel. Já o Pentecostalismo explica a doença por causa do pecado ou pela presença do demônio. No Catolicismo Popular, os benzedores, fazendo uso da Medicina Tradicional, atribuem as doenças à causas físicas (excesso de sol na cabeça, mau-jeito, quebra de resguardo, indigestão) ou a causas espirituais (a inveja no caso do *Mau-Olhado* e o

excesso de amor no caso do *Quebranto*).

As explicações a respeito das doenças oferecidas pela Medicina Popular são fruto de um saber produzido pelo povo, e portanto espelham suas visões de mundo, ou seja, suas experiências, seus valores, suas crenças religiosas, seus conhecimentos a respeito da natureza e do funcionamento do organismo. Esse saber específico é ignorado pela Medicina Oficial porque é uma produção cultural popular, e não erudita; se constrói a partir de elementos religiosos, e não científicos e porque valoriza as condições subjetivas na determinação de doença e cura.

Além do mais, conforme Camargo, a tendência da Medicina Oficial é aumentar a cisão entre mente e corpo: “é a doença que assume uma entidade própria, quase separada do paciente e essa espécie de ‘*espírito desencarnado*’ que recebe a atenção do médico. Isolando-se a subjetividade do paciente, sobra o lado quantificável e acessível à tecnologia como exames de laboratório, RX, etc.” (op.cit. p. 449)

Os Caminhos da Cura

Em busca da saúde o doente tem à sua disposição vários sistemas de cura: pode recorrer aos especialistas das Terapias Religiosas (pais e mães-de-santo, médiuns, pastores ou cooperadores, benzedores), aos da medicina tradicional (curandeiros, vendedores de ervas medicinais, e outros), das medicinas alternativas (cromoterapeutas, acupunturistas, massagistas, etc.) ou mesmo aos especialistas que utilizam com mais frequência o sistema institucional, como os farmacêuticos-práticos que indicam medicamentos.

A escolha será norteada pelo tipo de doença, pelas possibilidades de acesso aos serviços, e principalmente pelas visões de mundo do paciente, ou seja, as explicações a respeito de saúde, doença e cura e opções religiosas.

No subsistema não institucionalizado de saúde o discurso do doente é valorizado pelo agente promovedor da cura. As explicações a respeito das doenças oferecidas são mais bem compreendidas e identificadas com o universo cultural do paciente.

Três Benzedores em São Paulo...

Quando nos propusemos à investigação da prática do benzimento na metrópole não imaginávamos, de fato, que a cidade abrigava um número tão grande de benzedores.

Por necessidade da pesquisa pudemos ter contato mais frequente com apenas três benzedores - D.Nininha, D. Joana, Seu Sebastião - moradores respectivamente dos bairros

de Pirituba, São Miguel, e Vila Ema. São idosos, migrantes (do nordeste e do interior de São Paulo), muito procurados nos seus bairros, e não cobram pelo benzimento. Entre os rituais utilizados por eles há algumas variações, entretanto, a matriz religiosa comum é retirada do Catolicismo Popular.

Para cada tipo de doença existem rezas³ definidas que têm um poder em si e são acompanhadas pelo sinal da cruz. Em alguns casos são utilizados objetos domésticos (pratos, linha, tesoura, óleo, etc) e objetos sagrados (velas, imagens de santos, ramos de arruda, etc).

O benzedor age diretamente sobre a doença identificando os seus sintomas e definindo uma terapêutica específica. No *bucho virado*, por exemplo, ele manipula o corpo do paciente: “(...) eu pego a criança pela perna, dô três soco na barriga. Se é grande, eu pego ele aqui assim por trás e suspendo ele, e você vê que vai no lugar” (Sr. Sebastião).

Um exemplo clássico de reza para curar mau-olhado, transmitido com pequenas variações é o seguinte:

“Fulano, tu tem olhado, quebranto?

Com dois te botaram com três eu te tiro
Com os poderes de Deus e da Virgem Maria

Se é no comer, se é no beber,
Se é na gordura, se é na magrem
Se é na feiura, se é na boniteza
Se é mau-olhado de pai, de mãe,

De vizinhos, parentes, pessoa estranha
Bucho virado, bicha assustada, dor de cabeça
Febre, dor de barriga.

Curai-o Senhor, com os poderes de Deus
e da Virgem Maria

Fulano tu tem olhado, quebranto
Com dois te botaram, com três eu te tiro
Com os poderes de Deus e da Virgem Maria

Vá pras ondas do Mar Sagrado⁴
Aonde não canta galo, nem galinha,
olhado, quebranto, a inveja,
e toda a perseguição que está com fulano de tal
Com os poderes de Deus e da Virgem Maria.

Pai, Filho, Espírito Santo.

-Reza Pai Nosso e oferece ao dono dessa oração.”
(D. Nininha e Sr. Joaquim- in memoriam)

Devido à grande procura e ao sentimento de compromisso com seu dom, alguns benzedores reservam dias e horários específicos para o atendimento. - “Ai eu fiz uns círculo, dei três dias pra eles e fico com três dias pra mim. Eu benzo de segunda, quarta e sexta-feira, né” (Seu Sebastião)

O espaço de atendimento pode ser um local especial ou não. Seu Sebastião benze sempre em seu quarto onde mantém uma mesa com todos os objetos sagrados, além de imagens de santos nas paredes. D. Nininha, ao contrário, parece considerar que todo espaço é sagrado uma vez que realiza suas benzeduras até mesmo na rua, quando é abordada por seus clientes.

Os benzimentos também podem ocorrer à distância, por intermédio do nome do paciente ou de objetos de uso pessoal como roupas e remédios. A lógica que orienta essa possibilidade de manipulação de forças é a lógica do contato, isto é, um objeto pessoal substitui seu proprietário, podendo, desta forma, ser um veículo para atingi-lo. *"Eu morava em Diamantina, e meu genro morava aqui. Então ele mandava carta lá pra casa e o meu marido então lia a carta e falava: - Joana tem um benzimento aqui procê benzê de fulano de tal. Só ele me dava o nome, né."* (D. Joana)

O uso de medicamentos e ervas é específico para cada doença. Alguns exemplos de remédios segundo Seu Sebastião: *"treis pimenta do reino, põe num copo de água e toma"* (para prisão de ventre); *"então cozinha treis foia de comigo ninguém pode, e quatro foia de copo de leite"* (para Erizipela).

Em muitos casos a relação entre a doença e o ritual utilizado é metafórica. No benzimento de lombriga, utilizam linha, tesoura e copo de água. O ritual inicia-se com uma reza, colocando em seguida a linha branca dentro do copo com água. A disposição das linhas na água corresponde à das lombrias na barriga e o corte da linha representa a interrupção da ação das lombrigas.

Conclusão

A grande utilização do benzimento e outras formas de Medicina Tradicional pelas populações urbanas mostra que estas práticas têm sua razão de ser mesmo na sociedade moderna: a razão científica não dá conta de resolver todos os aspectos da vida. Contrastando com os altíssimos investimentos em tecnologias de ponta, as Políticas Públicas de Saúde ainda não resolveram os problemas básicos, como o controle de algumas epidemias e a má qualidade dos serviços prestados.

Um sistema mais global como a religião inclui em sua explicação de mundo elementos que a ciência ignora; contudo, não se deve impor nem substituir uma visão de mundo pela outra. Para a Medicina Oficial isso significa repensar a filosofia de sua prática, reconhecendo o indivíduo como um ser cultural, e não unicamente biológico.

* Maria C. Dias de Miranda e Marta Valéria Capacla são estudantes do Dptº de Ciências Sociais/USP.



Foto: Marta Valéria Capacla

NOTAS

(1) Este artigo foi baseado no relatório de pesquisa "Medicina Popular: as Benzedeadas", realizado por Inês Rosa Bueno, Márcia Santos Irala, Maria Cecília Dias de Miranda, Marta Valéria Capacla, Vanderli Maria da Silva e Vera Lúcia Bento. Foi desenvolvido para a disciplina Pesquisa de Campo em Antropologia ministrada pelo Prof. José Guilherme Cantor Magnani no curso de Ciências Sociais da USP).

(2) "A benzedeadora pode ser praticante de uma religião (católica, evangélica, kardecista, umbandista, exotérica) (...)" (OLIVEIRA, 1983, p.114). Trataremos aqui só daquelas de orientação católica. Embora encontrem sua legitimidade na religião, a Igreja Católica não reconhece oficialmente sua prática. No seu trabalho de cura não são agentes de conversão à Igreja e nem defendem a doutrina católica.

(3) No que se refere à transmissão dessas rezas alguns benzedeadores preferem conservá-las em segredo, ou ensiná-las em situações apropriadas, como na Sexta-feira Santa ou pouco antes da sua morte. Ensiná-las em situações indevidas acarreta a perda do dom.

(4) "É para as ondas do mar salgado ou sagrado que os benzedeadores enviam os maus-olhados e invejas; o que não é desejado é endereçado para um lugar tão distante onde também não se ouve o canto do galo. É o poder do sal capaz de quebrar todos os encantos e prender as doenças ou espíritos indesejáveis." (ARAÚJO, p.117).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARAÚJO, A.M. - A Medicina Rústica - São Paulo, Nacional, 3ªed.1979.
- BRANDÃO, C.R. - Memória do Sagrado - São Paulo, Paulinas, 1985.
- CAMARGO, C.P.F. et alii - Terapias Religiosas em São Paulo - Relatório de Pesquisa, São Paulo, CEBRAP, 1987.
- FERNANDES, F. - Folclore e Mudança Social em São Paulo - São Paulo, Anhambí, 1961.
- LOYOLA, M. A. - Médicos e Curandeiros: Conflito Social e Saúde - São Paulo, Difel, 1984.
- MEZZOMO, T.M. - Entre o oficial e o legítimo: o subsistema não institucional de atenção à saúde em São Paulo - Dissertação de Mestrado, FGV, São Paulo, 1992.
- MONTERO, P. - Da doença à desordem: A magia na Umbanda - Rio de Janeiro, Graal, 1985.
- OLIVEIRA, E.R. - O que é Benzeção - São Paulo, Brasiliense, 1985.
- _____ - O que é Medicina Popular - São Paulo, Brasiliense, 1984.
- _____ - "Doença, cura e benzedura." IN: História: Questões & Debates. n° 4, v.6, Curitiba, 1983, pp.111-119.
- QUEIRÓZ, M.S. - Representações sobre saúde e doença. Agentes de cura e Pacientes no contexto SUDS - Campinas, UNICAMP, 1991.
- _____ - "Feitiço, mau-olhado e susto: seus tratamentos e prevenções - Aldeia de Icapara" - IN: Religião e Sociedade, n°5, Rio de Janeiro, 1980, pp. 131-160.

AS CONDIÇÕES DE SAÚDE NOS ASSENTAMENTOS DO ESTADO DE SÃO PAULO

UMA ABORDAGEM PRELIMINAR

Luana Carandina*

No período de 1988 a 1992, equipes multiprofissionais de pesquisadores da UNESP realizaram um amplo projeto denominado "Análise e Avaliação dos Projetos de Reforma Agrária e Assentamentos no Estado de São Paulo". O objetivo era conhecer a realidade de vida e trabalho de uma população rural do Estado que tinha características próprias quanto a sua instalação nas terras, suas formas de organização, seu acesso e grau de participação no sistema de produção agrícola.

O estudo das condições de saúde destes trabalhadores e de suas famílias foi um dos projetos específicos desenvolvidos dentro do projeto maior.

Foram estudados 37 assentamentos em diversas regiões do Estado, que totalizaram 2.820 famílias e 14.092 pessoas. Não foram incluídos no estudo os agrupamentos de famílias em acampamentos e os das áreas de regularização fundiária do Vale da Ribeira, em situação de conflito à época do levantamento.

O **Quadro 1** apresenta os 37 assentamentos e o respectivo número de famílias, conforme a divisão feita por sete equipes de pesquisadores da UNESP e uma oitava equipe ligada à UNICAMP para os assentamentos na região próxima a Campinas.

A metodologia adotada para o levantamento de dados foi a entrevista domiciliar utilizando como instrumento extenso questionário, padronizado através de um manual de preenchimento, submetido a pré-teste e que foi preenchido por entrevistadores treinados.

A questão da saúde, neste caso, não poderia ser abordada de outro modo que não através do inquérito domiciliar, por se tratar de comunidades com dificuldades de acesso ao sistema de saúde. Os registros e estatísticas dos serviços de saúde dos mu-

nicípios próximos aos assentamentos, quando existentes, não possibilitariam a tentativa de um diagnóstico, mesmo que geral e primário, como o que foi realizado através do inquérito.

Para estudar as condições de saúde de uma determinada população é necessário considerar algumas de suas características relacionadas com o quadro de morbi-mortalidade identificado entre seus membros, com a procura e o grau de acesso aos serviços de saúde e com as possíveis medidas de intervenção a serem adotadas para promover uma melhor qualidade de vida.

No presente estudo era necessário saber quem eram as pessoas, qual a sua procedência, qual a sua ligação com a terra, como moravam e quais as condições de saneamento básico, quais os quadros mórbidos predominantes, se haveria o reconhecimento da associação da morbidade e dos acidentes com o processo de trabalho, quais as condutas tomadas frente aos agravos e o grau de acesso ao sistema formal de saúde.

Os resultados preliminares do inquérito das condições de saúde poderiam contribuir para o conhecimento dos assentados a respeito de sua própria realidade, estimular entre eles a discussão de formas de organização para superar suas dificuldades, com a participação positiva de outras forças da sociedade.

A caracterização da composição por sexo e idade das 14.092 pessoas das 2.820 famílias entrevistadas nos assentamentos, ilustrada na **figura 2**, mostrou uma composição piramidal de base estreita e com percentuais menores de mulheres nos grupos etários a partir dos 50 anos. A presença menor do que a esperada das crianças com menos de 10 anos de ambos os sexos e das mulheres acima de 50 anos, pode ser atri-

buída à existência de famílias ainda incompletas nos assentamentos. Em média, 20,4% das famílias não apresentavam ainda condições de abrigar todos os seus membros no assentamento, o que leva a pensar que houve seleção dos integrantes da força de trabalho, deixando provisoriamente em outro local as crianças pequenas e as mulheres mais velhas. Esta hipótese foi reforçada pelo levantamento dos óbitos referidos pelas famílias que não foram maiores entre as suas crianças quando comparadas às de outras populações ou entre suas mulheres acima de 50 anos em relação aos homens destas ou de outras comunidades. As elevadas taxas de fertilidade encontradas nas mulheres das famílias assentadas desmentem também um possível controle da natalidade, fenômeno já existente em centros urbanos do Estado.

O estudo da naturalidade dos assentados revelou que a maioria era nascida no Estado de São Paulo, atingindo uma média de 64,8%, ultrapassando os 70% em diversas regiões e 90% na região de Rio Claro. A procedência de outros Estados da região Sudeste eleva a média para 71,8%. Quanto a outras procedências ressalta-se a contribuição do Estado do Paraná com 10,3% em média.

Quanto ao grau de escolaridade, verificou-se a predominância da baixa instrução. Apenas 4,9% dos homens e 3,8% das mulheres tinham o primeiro grau completo. O analfabetismo, crescente com a idade, foi maior entre as mulheres, chegando a 54,8% no grupo etário de 50 anos e mais. Na idade escolar, 4,1% dos meninos e 3,2% das meninas estavam fora da escola. O maior grau de instrução registrado foi o primário incompleto.

O levantamento da ocupação anterior ao assentamento dos chefes de família

mostrou que a maioria eram trabalhadores rurais, 72% em média, destacando-se os trabalhadores autônomos (meeiros, arrendatários, parceiros, etc.) em relação aos assalariados rurais temporários (bóias-frias): 26% e permanentes: 8,8%. Em 6,3% dos casos os chefes de famílias referiram que estavam desempregados.

A experiência anterior em trabalhar a terra foi respondida positivamente, em média, por 77,7% dos chefes de família com variações percentuais entre as regiões de 60% a 90%. A importância de ter terra para plantar e ser seu dono com título foi salientada por 82,3% dos chefes.

A naturalidade dos assentados e a origem rural dos chefes de família sugerem uma tendência de fixação nas terras e na região, fator este de grande importância para a inclusão permanente destas comunidades no planejamento municipal e regional de saúde e de outras áreas no campo social.

As moradias dos assentamentos mostraram-se inadequadas à saúde de seus moradores, sendo frequentes em todas as regiões as construções de tábuas e até de papel "longa vida", com pisos de chão batido e coberturas de telhas de amianto. Foi frequente a iluminação com lamparina ou lâmpião a querosene. A principal fonte de água foi o poço, cacimba ou cisterna. Poços artesanais e semi-artesanais foram encontrados em média em 10% dos casos e a presença de rede de água em 8,5%.

As instalações sanitárias, ainda inexistentes em mais de 20% dos domicílios, eram localizadas fora da casa em 60% das vezes com predominância média da fossa negra em 36,4% dos casos. A situação da fossa em relação ao poço da família ou do vizinho resultou inadequada em cerca de 20% dos casos, sendo mais alta, no mesmo nível ou a menos de 15 metros de distância.

A presença da associação de moscas, baratas e ratos, altamente nocivos à saúde, foi referida em mais de 70% das entrevistas realizadas pelas equipes de Presidente Prudente e Botucatu.

Morbidade referida

Os episódios mórbidos de doenças, referidos pelos assentados, foram codifica-

dos e agrupados nos 17 capítulos da C.I.D. (Classificação Internacional de Doenças - 9ª Revisão), a fim de permitir análise comparativa com outros inquéritos de morbidade nacionais e internacionais.

Entre as queixas de curta duração predominaram os *sintomas, sinais e afecções mal definidas*, tais como: dor de cabeça, febre, dor de barriga, fraqueza, desmaios, etc. Em segundo lugar ficaram as *queixas do aparelho respiratório*: gripes, resfriados, pneumonias, bronquite aguda, faringites, e em terceiro lugar as *doenças infecciosas e parasitárias*, caracterizadas pelas diarreias e verminoses, mas com referência também à caxumba, sarampo, escabiose, varicela.

Tais resultados foram semelhantes aos encontrados em outros trabalhos nacionais e internacionais, bem como a referência maior de tais agravos no sexo feminino e nas idades extremas: menores de 5 anos e maiores de 50 anos. Ressalta-se a frequência das doenças infecciosas e parasitárias, que sugerem condições precárias de saneamento básico, como as diarreias, as verminoses e a escabiose e a possível baixa cobertura de vacinação como nos casos de sarampo e caxumba.

Entre as queixas crônicas também foram referidas com maior frequência as *mal definidas*: dor de cabeça, frequência, falta de ar, nervosismo, etc. Em segundo lugar apareceram as *doenças do sistema osteomuscular*: dor nas costas, dor na coluna, reumatismo, dor nos membros, etc. Em terceiro lugar as *doenças do aparelho circulatório*: pressão alta, doenças cardíacas, derrames cérebro-vasculares, etc. Vieram, a seguir, as *doenças do aparelho digestivo*: úlcera gástrica, gastrite, afecções da boca, transtornos gastrointestinais; as *doenças do aparelho respiratório*: bronquite crônica, enfisema pulmonar, sinusite e rinite crônicas. Destacam-se ainda as *doenças infecciosas e parasitárias*: verminoses, micoses e também doenças de Chagas, Malária, Esquistossomose, Tracoma, Hanseníase, Cisticercose, sequelas de Poliomielite.

Os resultados são compatíveis com os de outros estudos de metodologia semelhante. Assim, há maior frequência de queixas crônicas no sexo feminino e nas maiores idades: adultos e maiores de 50

anos.

A presença das doenças infecciosas e parasitárias crônicas, traduzem o controle inadequado das grandes endemias brasileiras e entre elas as denominadas rurais.

Foram referidas também *doenças metabólicas* como o diabetes mellitus, principalmente por mulheres com mais de 50 anos. Foram feitas poucas referências às neoplasias (tumores) mesmo pelos maiores de 50 anos.

A **figura 3** resume a prevalência de episódios agudos e crônicos referidos pelos assentados. Seus valores, maiores entre os entrevistados pelas equipes de Botucatu e Araraquara, estão dentro da média encontrada em publicações internacionais. É preciso salientar que o número de informações depende da habilidade dos entrevistadores e da compreensão do entrevistado, mas que outros fatores interferem como o grau de acesso ao consumo dos serviços de saúde, que aumenta as queixas referidas pela população urbana em relação à rural. Outro fator determinante é a representação da doença que diferencia a população rural da urbana, quando o corpo é visto como instrumento de trabalho em maior ou menor grau. O número de queixas referidas costuma ser menor nas populações rurais. Nesta, a procura de profissionais de saúde para resolver seus problemas decorre, não apenas da gravidade percebida de seus quadros mórbidos, mas também do acesso aos serviços (distância, transporte, dinheiro). Na população estudada a automedicação foi em média de 30% e a procura de farmacêutico de 11%, valores estes muito superiores aos referidos por comunidades urbanas.

Intoxicações por agrotóxicos e acidentes de trabalho

A **figura 4** traz a prevalência de episódios violentos referidos pelos assentados. Mesmo havendo dificuldades de comparação com outros trabalhos em populações e com métodos semelhantes, os valores encontrados são elevados, considerados os da morbidade geral.

As intoxicações por agrotóxicos foram mais frequentes nas regiões de Jaboticabal

e Ilha Solteira. Foram referidas quase que exclusivamente por homens e nos grupos etários da força de trabalho: 20 a 49 anos e também nas idades de 15 a 19 anos e 50 anos e mais. Entre os venenos utilizados estava o Aldrin, um organoclorado proibido na maioria dos países. Em média, apenas 21% referiram receber orientação técnica para o uso, a maioria seguia o rótulo da embalagem, outros recebiam orientação do vendedor do produto e 8,6% não tinham qualquer informação. O destino dado à embalagem era: enterrar, queimar ou simplesmente jogar fora.

Os acidentes de trabalho também foram referidos quase que exclusivamente por homens nos mesmos grupos etários das intoxicações. As lesões descritas foram os ferimentos em membros e outras partes do corpo, os traumatismos e as fraturas. As causas externas das lesões foram facas e ferramentas manuais, quedas e acidentes com máquinas agrícolas e outros veículos a motor.

Na figura 4 são acrescentadas outras lesões e envenenamentos semelhantes às anteriores mas sem o reconhecimento, pelos informantes, de sua relação ou não com o processo de trabalho.

A conclusão possível para tais resultados é o aparente despreparo dos assentados no uso dos agrotóxicos e no manuseio dos instrumentos de trabalho, bem como a pouca adaptação à mecanização agrícola ainda incipiente.

A orientação técnica no trabalho e na melhoria das casas e das condições de saneamento básico mostra-se indispensável e depende do reconhecimento claro dos assentados, de suas necessidades e da possibilidade de melhorar significativamente sua qualidade de vida. Desta conscientização depende também o acesso aos programas de saúde, para prevenção e tratamento, do município e região de seu assentamento.

* Luana Carandina é Prof^a Ass. Dr^a do Departamento de Saúde Pública - Faculdade de Medicina - Campus de Botucatu/UNESP (Universidade Estadual Paulista).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BOLTANSKI, L. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro, GRAAL, 1979.
 - CARVALHEIRO, J. da R. Levantamentos de condições de saúde por entrevistas domiciliares. Ribeirão Preto, 1975. (Tese de Livre-Docência - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP).

- CARVALHEIRO, J. da R. & CARVALHEIRO, C.D.G. Medidas de morbidade produzidas por duas fontes diversas, Ribeirão Preto, S.P. (Brasil), 1975. *Rev. Saúde Pública, São Paulo*, 13: 265-70, 1979
 - CARVALHO, F.M. et al. Morbidade referida e utilização de consulta médica em cinco populações do Estado da Bahia. *Ciência e Cultura*, 40: 853-8, 1988.
 - CIOFFI, S. Saúde e doença na visão dos trabalhadores rurais. *Rev. São Paulo em Perspectiva*, 1(3): 51-54, 1987.
 KOHN, R. & WHITE, K.L. ed. *Use of health service: an internacional collaborative study; report of the World Health Organization/International Collaborative Study of Medical Care Utilization*. Oxford, Oxford University Press, 1976.
 - LEBRÃO, M.L. et al. Análise das condições de saúde e de vida da população urbana de Botucatu. São Paulo (Brasil). IV - Morbidade referida em entrevistas domiciliares, 1983-1984. *Rev. Saúde Pública, São Paulo*, 25(6): 452-60, 1991.

- LOPES, R.M. Acidentes do Trabalho na Agricultura. Botucatu, São Paulo. *Rev. bras. saúde ocup.*, 10(39): 12-17, 1982.
 - MANUAL de classificação Estatística Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Óbitos; 9ª revisão. 1975, São Paulo, Centro da O.M.S. para classificação de Doenças em Português/Ministério da Saúde/Universidade de São Paulo/Organização Panamericana da Saúde, 1980. 2v.
 - ROSS, D.A. & VAUGHAN, J.P. Health interview surveys in developing countries: a methodological interview with recommendations for future surveys. London, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 1984. (E.P.C. Publication n° 4).
 - RUFFINO NETTO, A. & CARVALHEIRO, J. da R. Doenças do Aparelho Respiratório e Infecções Parasitárias na morbidade referida. *Rev. Med., Ribeirão Preto*, 15(2): 79-83, 1982.
 - WHITE, K.L. et al. Health care: an internacional comparison of perceived morbidity, health services resources and use. *Int. J. Hlth Serv.*, 6: 199-218, 1976.

Quadro 1

OS ASSENTAMENTOS, SEGUNDO AS REGIÕES E O NÚMERO DE FAMÍLIAS - ESTADO DE SÃO PAULO, 1991.				
REGIÃO	ASSENTAMENTO	Nº DE FAM.	TOTAL	
			nº	%
ARARAQUARA	Araraquara I	31		
	Araraquara II	29		
	Araraquara III	13		
	Araraquara IV	31		
	Tamoio	66	170	6,0
BOTUCATU	Pirituba I	89		
	Pirituba II	53		
	Pirituba III	71		
	Porto Feliz I	41		
	Porto Feliz II	39		
	Itapetinga Santa Adelaide	21 22	336	11,9
CAMPINAS	Capivari	67		
	Sumaré I	27		
	Sumaré II	29	123	4,4
ILHA SOLTEIRA	Selvíria	16		
	Fazenda São José II	39		
	Fazenda Esmeralda	81		
	Jupia	76		
	Cinturão Verde de Ilha Solteira Fazenda Aroeira	75 39	326	11,6
JABOTICABAL	Primavera I	186		
	Primavera II	33		
	Fazenda Santa Rita (Populina)	18	237	8,4
MARILIA	Fazenda Santa Helena	5		
	Nossa Sra. Aparecida	20		
	São José I	37		
	Reunidas	430	492	17,5
PRESIDENTE PRUDENTE	Lagoa São Paulo	354		
	Gleba XV de Novembro	471		
	Fazenda Rebojo	90		
	Rosana	136		
	Gleba Areia Branca Água Sumida	19 25	1095	38,8
RIO CLARO	Araras I	---		
	Araras II	---		
	Casa Branca	---	41	1,4
TOTAL		2820	2820	100,0

Figura 2

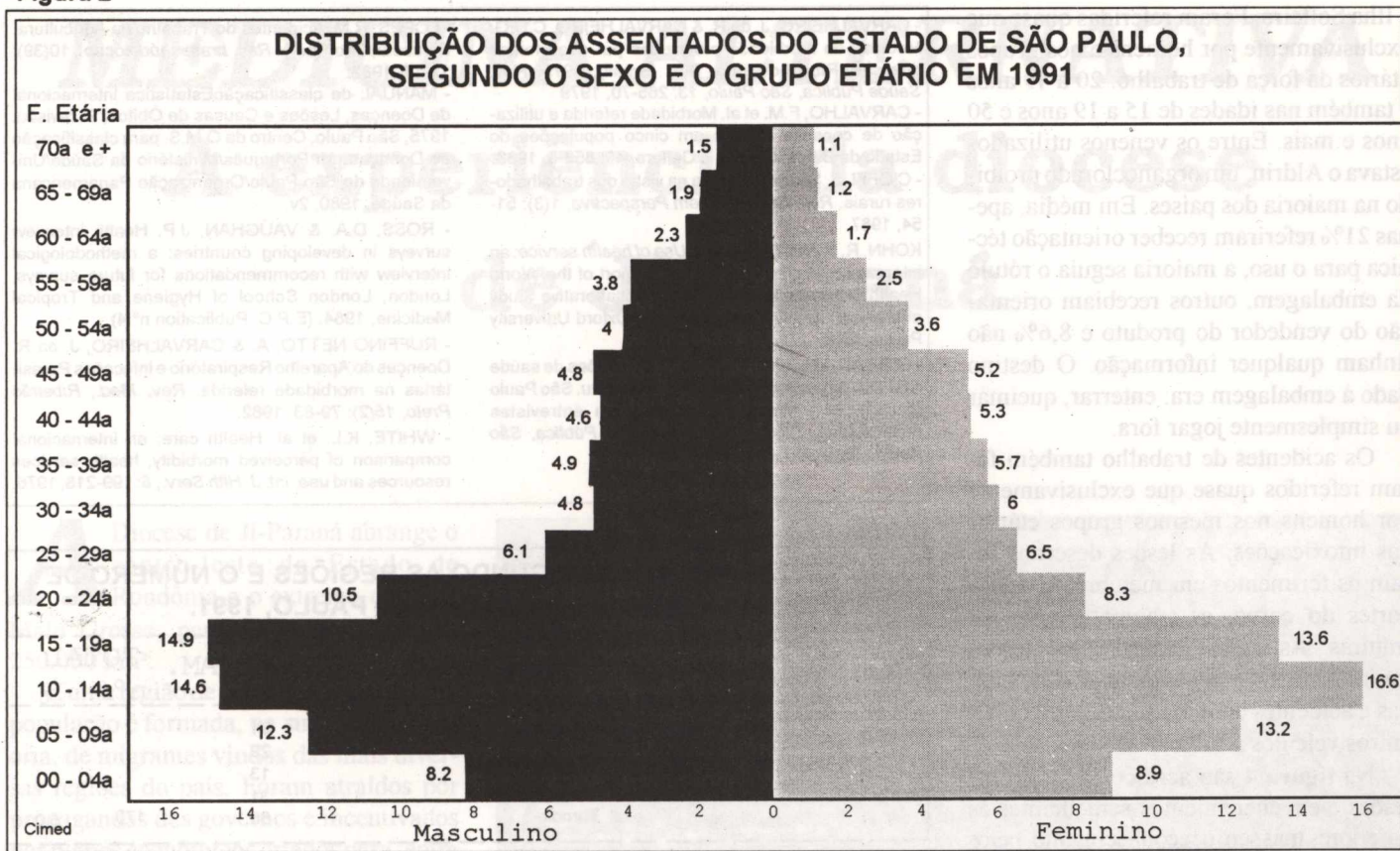


Figura 3

**PREVALÊNCIA DE EPISÓDIOS AGUDOS E CRÔNICOS (POR MIL ASSENTADOS),
SEGUNDO O SEXO E A REGIÃO, ESTADO DE SÃO PAULO, 1991.**

REGIÃO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
Araraquara	356,7	433,8	391,9
Botucatu	345,3	472,2	402,8
Campinas	346,0	387,8	364,9
Ilha Solteira	224,5	273,8	247,6
Jaboticabal	175,2	204,3	189,2
Marília	167,8	203,6	183,8
Presidente Prudente	115,7	175,6	143,3
Rio Claro	80,3	172,4	122,5

Figura 4

**PREVALÊNCIA DOS EPISÓDIOS VIOLENTOS (POR MIL PESSOAS) REFERIDOS PELOS
ASSENTADOS, SEGUNDO O TIPO E A REGIÃO, ESTADO DE SÃO PAULO, 1991.**

REGIÃO	ACIDENTES DE TRABALHO	INTOXICAÇÃO POR AGROTÓXICOS	LESÕES E ENVENENAMENTOS	TODOS
Araraquara	27,3	15,4	14,2	57,0
Botucatu	33,4	21,9	11,5	66,8
Campinas	37,0	41,6	2,3	80,8
Ilha Solteira	33,8	70,4	8,1	112,3
Jaboticabal	15,6	105,3	8,9	129,8
Marília	13,7	19,4	5,3	38,4
Presidente Prudente	17,1	47,5	3,3	67,9
Rio Claro	11,9	23,7	3,9	39,5
TOTAL	20,4	43,1	6,2	69,8

A BUSCA DA SAÚDE NA SALA DOS MILAGRES

Zeny Rosendahl*

Em nossa sociedade, a busca pela saúde, frente aos conflitos e contradições sociais, materializados nos baixos salários, desemprego, falta de condições de alimentação, alto índice de violência e outros, não pode ser compreendida de modo isolado.

Convive-se no cotidiano com as carências específicas de determinados grupos sociais e privilégios concentrados em outros grupos sócio-econômicos.

Na tentativa de universalizar todos os cidadãos para que tenham acesso à moradia, comida, saúde e previdência social, surgem movimentos populares, articulações de agentes envolvidos diretamente com a saúde popular e manifestações político-partidárias em defesa de uma política de saúde no Brasil.

Para nós, geógrafos da religião, é possível reconhecer a busca pelas necessidades básicas nos espaços sagrados dos centros de romaria.

O devoto é um homem religioso que tem fé e recorre ao sagrado, ao sentir-se ameaçado pelas contingências da vida ou quando se encontra diante do desespero e da inoperância das soluções humanas, procura nas divindades as soluções que deseja.

A partir do estudo de caso envolvendo a prática religiosa no catolicismo popular, de "fazer" e "pagar" promessas, tratare-

mos dessa intimidade entre o crente e o divino. Constitui-se numa devoção tradicional e bastante comum no espaço sagrado e representa uma manifestação de fé que envolve o devoto e o santo numa relação direta, sem intermediários.

O romeiro faz o pedido - a promessa - e, uma vez alcançado, volta ao santuário para "pagar" sua dívida contratada com o santo. O devoto "paga" a promessa na hora, na forma e na maneira que ele deseja, não havendo nenhuma hierarquia religiosa para tal comportamento.

As notas aqui reveladas são resultado da pesquisa empírica realizada na Sala dos Milagres do Santuário de Jesus Crucificado de Porto das Caixas. Trata-se de um centro de peregrinação localizado no Município de Itaboraí, na Região Metropolitana do Rio de Janeiro.¹

A Sala dos Milagres é um lugar invariavelmente visitado no roteiro devocional, não só pela curiosidade que desperta, como também pelo testemunho que representa, através de todos os objetos lá deixados pelos milhares de fiéis agradecidos pelas graças alcançadas. É a sala dos "ex-votos".²

Cada "ex-voto" nos fala de uma história de vida, de uma dificuldade superada, de uma realidade dura e difícil. Cada objeto deixado na Sala dos Milagres possui um

significado concreto designado pelo objeto. Esse símbolo é a maneira que o devoto encontrou para concretizar o seu imaginário, e que só poderá ser inteiramente entendido através do relato do crente que fez a promessa. É o exemplo dos objetos de cera que representam parte do corpo humano afetado pela doença.

Os objetos colocados na Sala dos Milagres representam as "provas" ou "material" das conquistas no plano espiritual; seria como um "museu dos milagres". A pesquisa constou de análise dos "ex-votos" e da interpretação das mensagens deixadas no interior da Igreja no período de 1990 a 1993.

O resultado dessa pesquisa veio confirmar a realidade sócio-econômica brasileira, particularmente as carências psicossócio-econômicas que afligem a população da Baixada Fluminense, na Região Metropolitana do Rio de Janeiro.

Reunimos em três grandes grupos os pedidos encontrados. Eles se relacionam às carências básicas que classificamos como o "Triângulo das necessidades": SAÚDE, TRABALHO, AMOR.

No Santuário de Porto das Caixas, a pesquisa empírica demonstrou a "especialidade na saúde", conforme a percentagem demonstrada na **Figura 1**. A religiosidade na Baixada da Guanabara cumpre,

Figura 1 - Pedidos entregues no Santuário de Jesus Crucificado, Porto das Caixas, 1991.

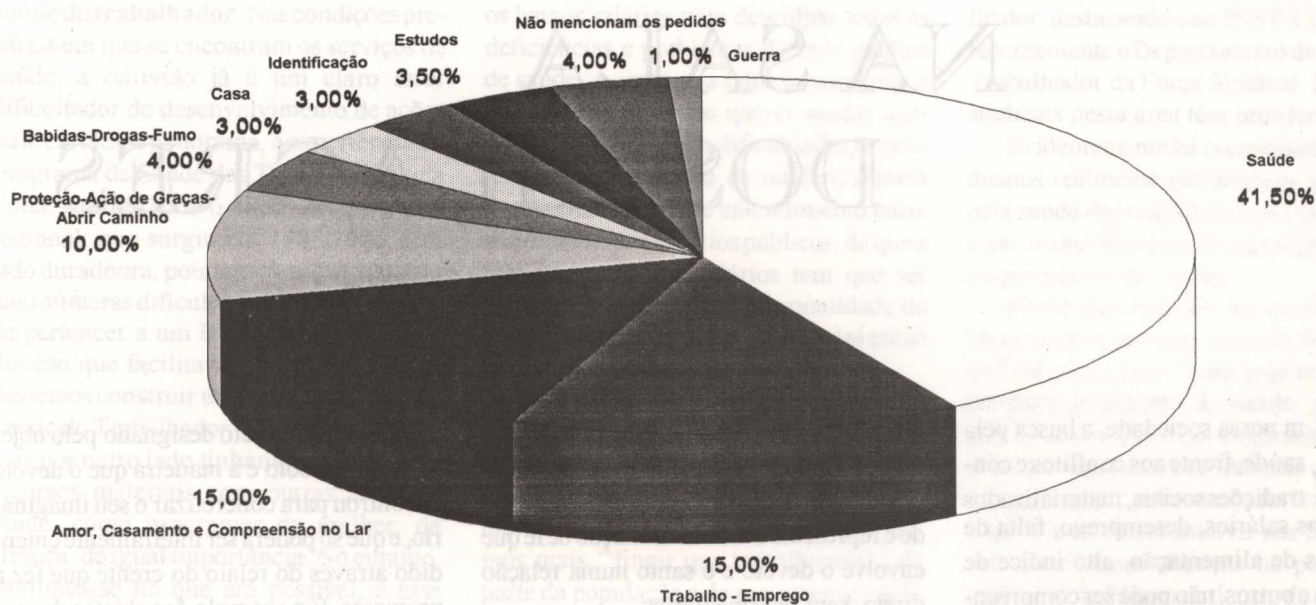
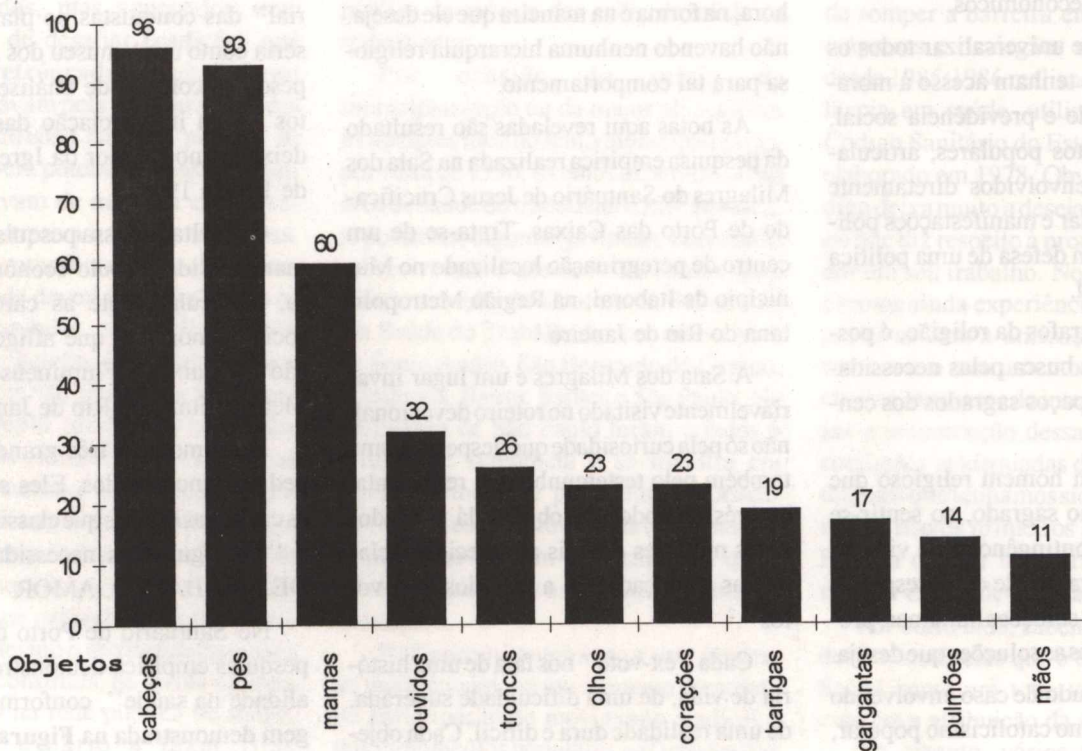


Figura 2 - Objetos de Cera encontrados na Sala dos Milagres



assim, uma função social que se refere à tese de Bourdieu (1987:86) "de livrar os crentes da angústia existencial, da contingência e do sentimento de abandono, ou mesmo da miséria biológica, da doença, do sofrimento ou da morte".⁴

No item SAÚDE, que representa 41% dos pedidos ao santo, os devotos desejam readquirir a saúde que perderam por condições que refletem: a falta de alimentação; a alimentação inadequada e a fome endêmica.

Para o devoto, estar doente é estar privado do convívio de outros, é se sentir impedido de participar das atividades de sua comunidade.

Os pedidos relacionados à saúde, em sua maioria, pedem a cura de doenças, o êxito em operações cirúrgicas, o apoio dos profissionais na área da saúde. Procurando ser fiel à linguagem em que o pedido foi feito, transcrevemos alguns:

- *"Jesus Crucificado, me dê a felicidade de ter bom ouvido para continuar tocando suas músicas";*
- *"Que o problema grave da coluna não atrapalhe a gravidez";*
- *"Confio em voz, na sua misericórdia que livre o marido da Aids";*
- *"Para que os médicos descubram o que eu tenho";*
- *"Que Deus ilumine a rezadeira para ela curar minha neta";*
- *"Peço-lhe que me cure da bronquite os meus filhos";*
- *"Meu Jesus Crucificado de Porto das Caixas, me conceda a graça da saúde, força do trabalho e paz no lar, e o conserto das goteiras lá de casa. Obrigado".*

Por ocasião de nosso levantamento etnográfico dos "ex-votos" deixados na Sala dos Milagres priorizamos os objetos de cera. Confeccionados em tamanho natural, representam réplicas do corpo humano - somente as réplicas do corpo inteiro são em miniaturas -, todos os demais descrevem com fidelidade o real. Totalizamos os objetos de cera e os representamos de maneira gráfica. (Figura 2)

Pela interpretação do gráfico, a maioria das promessas refere-se a ocorrências de doenças na cabeça, nos pés, nas mamas e, em menor número, nas mãos. Em observações feitas em outros centros de romaria, localizados no interior do Ceará e Piauí, pode-se constatar que a percentagem dos "ex-votos" deixados na Sala dos Milagres é diferenciada. Os maiores índices estão nos objetos - mãos, pernas e pés. Os "ex-votos" retratam a parte do corpo humano anteriormente afetada e recuperada hoje. O "ex-voto" é a materialização de um agradecimento pela cura atribuída ao santo protetor.

Essas considerações permitem-nos concluir que há singularidades nas Salas dos Milagres, nos santuários no interior do país, em que a maioria dos romeiros está em atividades agrícolas e, portanto, diretamente relacionadas às condições sociais do rural. Já os santuários urbanos, nas regiões metropolitanas, os pedidos revelam os problemas da realidade do cotidiano das grandes cidades: barulho, violência, tensão, poluição, etc.

Religiosidade e saúde são elementos destacados no imaginário do peregrino, embora as razões de nossas análises não foram desvelar a problemática da saúde em torno da religiosidade, e sim, como geógrafo da religião, buscar interpretações e explicações sócio-geográficas, através do teor dos "pedidos" deixados nas mensagens dos "ex-votos" colocados na Sala dos Milagres.

Enfim, o romeiro pede ao santo o que não recebe das instituições sociais. No espaço sagrado de Porto das Caixas, o "triângulo das necessidades" apresenta

em seu ápice a saúde; num dos vértices da base, o trabalho, o emprego e os problemas de moradia; do outro lado da base, a questão da formação da família, do amor, da harmonia no lar.

A linguagem dos santuários é bem clara, a verdade social do país está ali traduzida; particularmente, o Santuário de Jesus Crucificado de Porto das Caixas reflete as carências dos moradores da Baixada Fluminense, no Rio de Janeiro.

No aspecto biológico, o brasileiro está com fome e doente e a saúde vai mal; no aspecto social, deseja melhorar suas condições através do trabalho; no aspecto psicológico, o romeiro deseja encontrar felicidade e amor. Há como uma transposição da resolução dos problemas da realidade cotidiana para uma realidade simbólica, como estratégia de fuga das frustrações vividas. A fé é elemento fundamental no roteiro devocional do peregrino. Trata-se da busca do mundo onde os "milagres" se realizam. É uma reivindicação de suas carências no plano sobrenatural, ou seja, a busca da harmonia pessoal, em forma de SAÚDE, TRABALHO e AMOR, através da prática religiosa.

* Zeni Rosendahl é Profª na Universidade do Estado do Rio de Janeiro e Doutora em Geografia Humana/USP.

NOTAS

1- Este artigo sintetiza alguns aspectos estudados pela autora na Tese de Doutorado "Porto das Caixas - espaço sagrado da Baixada Fluminense", apresentada em maio de 1994, Dpto. de Geografia-FFLCH/USP.

2- VOTO, do latim VOTU, significa promessa. A expressão "ex-voto" é a abreviatura da expressão latina "Ex voto suscipi", isto é, "por uma promessa alcançada" ou "em consequência de uma promessa".

3- Denominamos de mensagens os bilhetes que contêm os pedidos deixados pelos devotos no interior da Igreja.

4- Bourdieu, P. Gênese e estrutura do campo religioso. In: A Economia das trocas simbólicas. 2ª ed., São Paulo, Perspectiva, 1987, p.86.

POSTO DE SAÚDE DA VILA GAÚCHA PIVÔ DA ORGANIZAÇÃO COMUNITÁRIA

*Flávio Helmann**

*Celsa Zucco***

*Erwin Hunter****

Fazemos aqui um relato da experiência de Ação Social Pastoral desenvolvida na Vila Gaúcha, uma das várias Vilas Populares de Porto Alegre, pelas Irmãs Carlistas da Província Imaculada Conceição, vinculadas ao Hospital Mãe de Deus. O trabalho junto a esta Vila organiza-se a partir de uma equipe multidisciplinar e efetiva-se através de lideranças comunitárias, abrangendo três áreas básicas: Saúde, Evangelização e Ação Social. Entretanto, a área da saúde constituiu-se no eixo irradiador donde decorrem as demais ações.

A Vila Gaúcha

A cidade de Porto Alegre, segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), conta com 69 favelas que comportam 25.371 moradias. A Vila Gaúcha constitui-se numa delas e abriga cerca de 500 habitações, com uma população estimada em 2.500 pessoas¹. A Vila possui características gerais comuns às demais favelas do País, fruto do fenômeno da urbanização que inchou as grandes cidades com o impactante processo de migração clássico campo-cidade. Os primeiros moradores chegaram nos meados de 1970, época em que pela primeira vez nos registros dos censos brasileiros a população urbana superou a rural.

Este processo migratório clássico evidencia-se, no caso da Vila Gaúcha, quando constatamos que aproximadamente 72% das famílias são oriundas do interior do Estado, sendo a região de maior procedência a de Sarandi, região de forte tradição agrícola, onde se localiza o acampamento da Fazenda Anoni, símbolo da luta dos Sem Terra no Sul do Brasil.



Foto: Silvio Fontoura

Localizada no alto do Morro Santa Tereza, popularmente conhecido como Morro da TV, a Vila integra o 4º Distrito Sanitário de Porto Alegre. Estão inseridos neste Distrito, o centro da cidade, o bairro Menino Deus, outros 10 bairros e 46 vilas populares. Os quase 6 hectares de área da Vila, são propriedade legal de alguns particulares, uma instituição filantrópica, FEBEM-Governo Estadual e Prefeitura. No entanto, a propriedade de fato é das famílias que lá residem por ocupação constante, que se iniciou na década de 70 e persiste até hoje, sob as formas mais variadas. Trata-se de área considerada imprópria para moradia, pelas condições que o terreno apresenta. Os serviços urbanos são precários. De oficial, existe uma linha de transporte coletivo e uma escola de 1º grau nas proximidades. No mais, as redes de luz e água são clandestinas e oferecem riscos à saúde e segurança da população. Somente 38% das residências possuem rede de esgoto, instalada pelos próprios moradores, apresentando extrema precariedade. Os acessos à Vila são estreitos e sem calçamento, sem contar que por eles correm juntos os canos d'água e o esgoto a céu aberto. O perfil da população é extremamente jovem, 49% possuem menos de 13 anos; a escolaridade é muito baixa, 25% das crianças em idade escolar não estão estudando, 14% das mulheres e 10% dos homens são analfabetos; a mão-de-obra constitui-se basicamente de domésticas, trabalhadores da construção civil e biscateiros.

Um Pouco de História

A ocupação da área dá-se de várias formas e em momentos distintos. Durante todos estes anos desde a sua formação, a Vila Gaúcha vem presenciando um fluxo constante de moradores: os novos que chegam, alguns que retornam e outros que saem. Existem casos de moradores que já estão morando na Vila pela terceira ou quarta vez. Algumas das mais preciosas lideranças, ali formadas, partem da Vila para lugares de melhor qualidade de vida ou para se arriscar em outras realidades semelhantes.

A Vila, apesar de possuir características comuns a outras tantas favelas brasilei-

ras, detém suas marcas bem específicas. Os primeiros moradores ocuparam a parte mais nobre do terreno, formando uma vila mais organizada na fachada da rua e na parte mais alta, ao passo que os moradores do "Cantão" e da parte baixa ocupam a área mais precária em relação aos acessos, água, luz, esgoto e habitações.

Existe entre os próprios moradores uma caracterização específica em relação aos diferentes grupos que formam a população da comunidade. Em relação ao tempo de moradia na comunidade, os mais antigos (52% moram na Vila há mais de 10 anos) julgam-se donos da terra e acusam os mais novos (15% chegaram há menos de 1 ano) de invasores, pois estes podem provocar ações de despejo na comunidade. Em relação à etnia, tratam-se como "os alemães", "os bugres" e "os negros". Em relação ao espaço que ocupam na Vila, identificam-se como os da parte alta, os do cantão e os da "rocinha", esta a parte ocupada por último, numa alusão à favela carioca.

Hoje, a origem da população já não é a mesma da verificada nos primeiros anos. Estão presentes em grande número famílias bem jovens, famílias provenientes de outras vilas ou bairros de Porto Alegre, bem como de cidades vizinhas.

Ao longo de sua formação e desenvolvimento, a Vila foi se constituindo para alguns como "um lugar de passagem para um lugar melhor" e para outros como "um local que conseguimos para fugir do aluguel e da mudança constante, um cantinho nosso"². Constantemente são erguidos novos barracos em pequenos lotes que hoje já são negociados por moradores mais antigos que se intitulam proprietários. Existem também aquelas famílias que adquirem barracos já prontos e habitados há mais tempo, aqueles que moram de aluguel em barracos ou peças e famílias que dividem juntas o mesmo barraco.

Alguns moradores, na tentativa de melhorar as suas condições de vida, resolveram em 1984 fundar uma Associação de Moradores para conseguir melhorias nos serviços urbanos. Contudo, a Associação conseguiu junto ao poder público uma ação apenas parcial no que tange aos problemas de água, esgoto, energia elétrica, saúde e coleta de lixo. Para a maioria dos moradores, a Associação representou algo de po-

sitivo para a Vila apenas em seus primeiros anos de existência, mais precisamente entre 84 e 89, conforme vemos nos depoimentos a seguir: "No tempo do seu J. é que era bom, ele se virava e conseguia as coisas para a Vila."; "Os outros presidentes só queriam tirar proveito pessoal com os tiquetes e nunca conseguiram nada para a Vila"; "Hoje a Associação não existe, o pessoal é desunido e não se consegue nada na prefeitura e no Estado". Atualmente encontra-se à frente da Associação uma diretoria cujo mandato já findou, totalmente sem ação.

O Posto de Saúde e a Comunidade

Através de um projeto do Hospital Mãe de Deus, de implantar um Posto de Saúde Avançado junto a uma comunidade de migrantes carentes, próximo ao hospital, as Irmãs Carlitas fazem-se presentes junto à Vila Gaúcha. Isto se dá logo nos primeiros anos de existência da Associação de Moradores. E já em 1986, o Posto, fruto também de uma reivindicação da comunidade, é inaugurado firmando-se um convênio com a Secretaria de Saúde do Estado. Através de uma equipe de agentes da saúde, formada por um médico comunitário, uma enfermeira e um auxiliar de enfermagem, o Posto passa a atender a comunidade de segunda a sexta-feira pela manhã. Cite-se que durante os primeiros anos, o trabalho no Posto restringia-se, fundamentalmente, aos procedimentos ambulatoriais e de consultório. Concomitante à implantação do Posto de Saúde, inicia-se um trabalho pastoral junto à comunidade que em 1987 passa a contar também com um centro comunitário.

De 1989 a 1991, a comunidade da Vila Gaúcha vive um período de desorganização interna, quando os trabalhos levados adiante pela Associação Comunitária e pela Igreja Católica entram em crise. Diante disso, da crise econômico-social que se agrava ano-a-ano, da debilidade dos serviços da rede pública e da precariedade dos serviços na área da saúde, o funcionamento regular do Posto faz com que este vá adquirindo importância cada vez maior para a comunidade, conforme evidenciam os depoimentos dos moradores: "O

Postinho é a melhor coisa que existe aqui na Vila''; ''Sem o Postinho não sei o que seria de nós''; ''É a única coisa que funciona, é muito importante, principalmente para as crianças''.

Mas, mais importante que o simples funcionamento regular do Posto, é que este foi se tornando o único espaço motivador de alguma ação coletiva da comunidade. Neste sentido ele passa a ser um local de referência, um ponto de encontro da comunidade. Local onde as pessoas podem conversar, partilhar seus problemas e alegrias. E neste particular, a sala de espera deixa de ser um lugar de tempo perdido para transformar-se em tempo e espaço de renascimento das iniciativas coletivas.

Percebendo que o Posto se constituía em algo tão importante para a comunidade, e que através dele era possível resgatar a dimensão construtiva das ações coletivas em vista de melhores condições de vida, uma equipe multidisciplinar (médico, enfermeira, sociólogo, auxiliar de enfermagem, agente de pastoral) e lideranças locais, iniciam um trabalho na Vila a partir da Sala de Espera do Posto.

É quando, sobretudo a partir de 1992, surge uma nova organização comunitária, baseada em grupos organizados por áreas de interesses específicos.

O primeiro resultado deste trabalho é a organização das mães da comunidade em prol de uma creche comunitária. Com um grupo de 20 mães inicia-se um movimento que conquista um local para funcionamento da creche junto ao centro comunitário. Realizam-se campanhas para arrecadação de fundos visando equipar a creche para a realização de almoços comunitários, através de pedágios nas avenidas da cidade e campanhas junto aos empresários e famílias do bairro. Promovem-se mutirões para limpeza, reforma e pintura da área destinada à creche. E, a partir de uma presença constante dos agentes nesta luta, elaborase um plano de gestão comunitária entre a comunidade e o hospital Mãe de Deus. Uma equipe de atendentes é contratada, sendo algumas pessoas da própria comunidade. Em 1993 a creche é inaugurada, atendendo a 30 crianças diariamente com alimentação, higiene, educação geral, programa de saúde, atividades lúdico-peda-

gógicas, bem como acompanhamento integral às famílias. Um dos alicerces de sustentação deste trabalho é o Conselho Comunitário da Creche, constituído por representantes da comunidade, pais das crianças, funcionários e das irmãs carlistas.

Um segundo grupo que se inicia a partir do Posto de Saúde, é o Grupo de Mulheres, o qual além de realizar trabalhos artesanais, propicia o surgimento de um espaço de convivência saudável e terapêutico.

Além do trabalho desenvolvido na sala de espera, existem ainda os grupos específicos de gestantes, idosos, hipertensos, adolescentes e mães de crianças com até 7 anos de idade. Inicia-se com estes um trabalho de prevenção de doenças, através da troca de experiências entre os participantes, da discussão dos fatores envolvidos na gênese e manutenção dos problemas, bem como através da busca de soluções possíveis que não só as baseadas na alopatia.

Como suporte importante para o desenvolvimento de todo este trabalho, quer na sala de espera, no consultório e através dos grupos específicos, estão as visitas domiciliares. Estas possibilitam entrar em contato com as novas famílias que chegam à Vila, ocasião em que se lhes oferece a oportunidade de se integrarem aos trabalhos da comunidade; possibilitam cadastrar as mulheres em idade fértil, gestantes, crianças e idosos; identificar fatores de risco à saúde no próprio domicílio; agendar consultas e acompanhamento pós-consulta.

Também deve ser mencionado o surgimento do grupo de agentes comunitários de saúde, os quais são treinados para atuar como propagadores internos à comunidade dos principais fatores envolvidos na prevenção de doenças, promoção e reabilitação da saúde, bem como quanto aos aspectos da organização coletiva visando solucionar problemas referentes ao saneamento básico, lixo, limpeza dos barracos e higiene pessoal, além de receberem treinamento para executar procedimentos básicos de enfermagem.

E, finalmente, a partir deste ano de 1994, passou a ganhar espaço nas discussões a necessidade e a importância de se reorganizar a Associação de Moradores.

Conclusão

Estes trabalhos nasceram a partir de uma percepção de que muito mais do que resolver os problemas específicos de determinadas enfermidades, onde um equipamento como um Posto de Saúde tem pouca resolubilidade, o resultado é muito maior quando a atuação se volta para a prevenção através da organização coletiva, no intento de agir sobre as causas, combatendo assim a raiz dos problemas. O trabalho da área de saúde, através desta orientação abrangente, colabora de forma decisiva para a organização global da comunidade, tanto na área da saúde como nas da evangelização e ação social.

* Flávio Helmann é sociólogo

** Celsa Zucco é religiosa e assistente social

*** Erwin Hunter é médico epidemiologista

NOTAS

1- Os dados percentuais aqui utilizados foram obtidos a partir de uma pesquisa quantitativa realizada junto aos moradores da Vila Gaúcha no primeiro semestre de 1993.

2- Os depoimentos aqui registrados foram obtidos através de entrevistas qualitativas realizadas junto a moradores da Vila Gaúcha no primeiro semestre de 1994.



Foto: Silvio Fontoura

SEJA UM COLABORADOR

Travessia está aberta à publicação de artigos de pesquisadores e estudiosos que analisam a realidade em que o migrante está envolvido, a partir dos diferentes ramos do conhecimento:

social, político, cultural, econômico, antropológico, educacional, etc.

A revista destina-se, fundamentalmente, a um público intermediário; quer ser uma ponte entre a produção acadêmica e a produção popular. Se for do seu interesse, envie artigos para a redação, obedecendo aos seguintes quesitos:

Os artigos devem enquadrar-se, na medida do possível, dentro do tema geral de cada número, previamente anunciados;

Clareza de linguagem e simplificação dos conceitos;

Os artigos devem ser inéditos;

Máximo de 15 laudas de 20 linhas com 70 toques;

Intercalar o texto com intertítulos;

Breve identificação do autor e endereço com telefone para eventuais contatos;

Obedecer aos prazos para o envio das matérias, conforme estipulado ao lado.

O Conselho Editorial reserva-se o direito de submeter os artigos à sua apreciação

PRÓXIMOS LANÇAMENTOS

**TRAVESSIA Nº 21
EMIGRAÇÃO
(JAN-ABR/95)**

Prazo para
envio
dos artigos:
(10/09/94)

**TRAVESSIA Nº 22
MIGRAÇÃO DE
RETORNO
(MAI-AGO/95)**

Prazo para
envio
dos artigos:
(10/01/95)

**TRAVESSIA Nº 23
MIGRAÇÕES E
METRÓPOLES**

(SET-DEZ/95)
Prazo para
envio
dos artigos:
(10/05/95)

“Mais de 40% dos pedidos deixados por devotos no Santuário de Porto das Caixas/RJ, referem-se a problemas de saúde.”

“Segundo dados do INSS, em 1990 foram registrados no país 745.575 acidentes de trabalho; vale lembrar que este número representa apenas uma pequena amostra do verdadeiro problema.”

“É nos vazios deixados pela Medicina Oficial que os agentes populares de cura conquistam sua clientela.”

“Na Diocese de Ji-Paraná existem mais de 1.100 Agentes de Saúde voluntários e cerca de 100 farmácias comunitárias de medicina alternativa e homeopatia.”