

## **As Dinâmicas das Representações Sociais da Saúde em Itamatatiua<sup>1</sup>**

FERREIRA, Rosinete de Jesus Silva<sup>2</sup>  
Universidade Federal do Maranhão

### **Resumo**

Considerado que as Representações Sociais incluem os processos comunicativos, analisa-se a relação entre comunicação e saúde na comunidade quilombola de Itamatatiua, localizada no município de Alcântara interior do Maranhão. A partir da interface proposta com o campo da Comunicação, observa-se o cotidiano da referida comunidade, mais especificamente seus hábitos, costumes, religiosidade, e práticas tradicionais em saúde para entender o conceito de saúde concebido pelos Itamatatiuenses. A análise nos permitiu compreender que as representações sociais em saúde existentes na comunidade estão passando por transições que estabelecem uma nova dinâmica entre os universos consensual e reificado.

### **Palavras chaves**

Representações Sociais; Comunicação; Saúde; Comunidade Quilombola

Nas várias tentativas de definir o que são as representações sociais Moscovici (2004, p. 209) afirma o seguinte: “do ponto de vista dinâmico, as representações sociais se apresentam como uma “rede” de ideias, metáforas e imagens, mais ou menos interligadas livremente, e por isso, mais móveis e fluidas que teorias”. Dessa forma, neste estudo podemos concebê-las como o conjunto de conhecimentos, crenças e imagens que, de forma conexa e interligada, atribui sentido a um pensamento comum, coletivo e partilhado em torno da saúde no grupo social de Itamatatiua.<sup>3</sup>

São de diferentes tipos as RS que permeiam o cotidiano da comunidade, portanto não percebemos um dizer ou pensamento estático, mas dinâmico e plural ancorado na fé em Santa Teresa, nas crenças nos remédios do mato, nas terras de propriedade da santa, nas manifestações culturais, no alimento que consomem e nas relações que estabelecem com o saber reificado. Nesse sentido, a manutenção das práticas tradicionais de saúde, com o uso

---

<sup>1</sup>Trabalho apresentado no GP Comunicação e Desenvolvimento Regional e Local no XXXVII Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação.

<sup>2</sup> Professora do Curso de Comunicação Social – UFMA. roseferreira@uol.com.br

<sup>3</sup> Comunidade Quilombola localizada no município de Alcântara – MA.

das ervas medicinais, emplastos, garrafadas e benzimentos, estão em concomitância com as prescrições e incorporação do saber biomédico. Observamos, desta forma, o entrelaçamento dos saberes consensual e reificado nas práticas de saúde desenvolvidas pela comunidade. “Dona” Maria Cabeça, a Doutora do Mato da comunidade reconhece esta conexão a partir do momento em que define não só a indicação, como a contra indicação das ervas.

Considerando que a Teoria das Representações Sociais tem como proposta e interesse o que denominamos de conhecimento elaborado e produzido pelo senso comum, Moscovici (2004) discute e inclui as crenças cotidianas na categoria de ciência, questionando o privilégio que pequenos grupos fazem das verdades científicas. Nessa perspectiva, permite atribuir reconhecimento e valor aos conhecimentos, dizeres e saberes das pessoas de Itamatatiua numa lógica contra hegemônica. A experiência e sabedoria que as pessoas da comunidade têm dos remédios do mato e de outras práticas de cura e de geração de bem físico, psicológico e social são socialmente partilhadas, o que atribui a elas um caráter de representação social.

Moscovici (2004) afirma que não se sabe ao certo quando iniciam, como são geradas e nem de onde vem as ideias que, aos poucos, vão se tornando comuns e partilhadas ao ponto de se tornarem representações. Por terem origens distintas são consideradas híbridas e isso quer dizer que:

as pessoas que partilham de um conhecimento no decorrer de sua vida cotidiana não ‘raciocinam’ sobre ele e não conseguem colocá-lo diante de si como um ‘objeto’ ou analisar seus conteúdos colocando-o a certa distância para ‘observá-lo’ sem que eles mesmos estejam implicados nisso. (MOSCOVICI, 2004, p. 203).

Esse processo de construção e de transmissão de conhecimentos desenvolve-se a partir da experiência e da comunicação oral, que ainda é predominante na comunidade, pois 89% das pessoas não dominam o código da escrita e da leitura, e o conhecimento adquirido ao longo do tempo vem sendo transmitido pela palavra há séculos. A palavra tem o poder de expressar as formas simbólicas que circulam entre as pessoas e os grupos sociais, na comunidade e no mundo, passando de geração para geração. Ao trocarem mensagens, os códigos, signos e símbolos vão naturalmente se alterando e se adaptando aos novos tempos e ambientes, o que remete a uma reflexão sobre a importância do registro da cultura oral. A oralidade coloca-se como uma das formas de constituição das representações sociais nessa comunidade, tendo uma importância singular quando estudamos a cultura de comunidades tradicionais, pois

preconcebidamente, a questão da oralidade está freqüentemente ligada a povos ágrafos, ou melhor, tem-se como verdadeiro que o conhecimento, a história de uma sociedade é transmitida por meio do oral em grupos que não tem o domínio da escrita, são desprovidos de grafia, contrapondo-se às sociedades letradas alfabetizadas. (MENEZES, CASTRO, 2007, p. 03)

A oralidade, nesse contexto, passa a se constituir em ferramenta de construção de conhecimento, próprio desta comunidade, que congrega múltiplas vozes, saberes e subjetividades produzindo uma multiplicidade de olhares sobre a saúde e colocando como central o papel das comunicações no processo de formação e transformação das RS. Ao colocar a comunicação na origem do processo representacional, Moscovici (2004) considera a teoria essencialmente dialógica, isso quer dizer que as RS implicam na possibilidade de inovação e negociação, devido ao seu caráter dinâmico. Pode-se perceber que, através dos efeitos da comunicação e de algumas interferências dos meios midiáticos em campanhas e programas educativos, já são observadas transformações nos modos de viver e fazer saúde da comunidade, especialmente no que se refere a medicalização da saúde. Tesser (2006, p.63), tratando do tema do processo de medicalização da saúde, afirma que:

A medicalização transforma culturalmente as populações, com um declínio da capacidade de enfrentamento autônomo da maior parte dos adoecimentos e das dores cotidianas. Isso desemboca num consumo abusivo e contraprodutivo dos serviços biomédicos, gerando dependência excessiva e alienação.

Observamos ao longo do trabalho de campo que os Itamatatiuenses vivem em um momento de transição no que concerne aos hábitos diários e costumes tradicionais, que antes eram bem mais cultivados e praticados. Essa mudança tem uma relação direta com os modos de significação e representação que foram construídos ao longo da vida e, conseqüentemente, alterando a identidade, pois de acordo com Hall (1998, p.13) “a identidade plenamente unificada, completa, segura e coerente é uma fantasia”.

Essas mudanças foram sendo percebida à medida que mapeávamos as teias de relações – entendidas como ciclos que envolvem processo de produção, circulação e consumo de sentidos permeados pela comunicação (ARAÚJO, 2002). No que concerne à saúde, essa teia de relações pode também ser compreendida dentro de uma lógica de micropolítica do processo de trabalho em saúde nos cenários de produção do cuidado, conforme proposto por Franco (2006). Para o autor:

Nos serviços de saúde há uma multiplicidade de redes operando em conexões entre si, em diversas direções e sentidos, construindo linhas de produção do cuidado. Vamos percebendo que a cartografia do trabalho vivo é composta por muitas linhas em conexão, que se abrem em múltiplas direções. Isso lhe dá essa

extraordinária característica, caótica, revolucionária, potencialmente instituinte.  
(FRANCO, 2006, sp)

O momento de transição econômica, social e política<sup>4</sup> vivido pelo povoado, demonstra, ainda, uma tendência à vivência das tradições e dos conhecimentos herdados, pois envolve experiências significativas com a fé e a cura mediada por Santa Teresa, visto que as pessoas recorrem a santa com muita frequência, pois nem sempre recebem do poder público o suporte que necessitam nos momentos da doença.

A expressão do SUS na região se dá através do PSF, mas a sua atuação carece de efetividade, padecendo do mesmo mal característico da rede básica em geral, destacado por Franco: a organização da rede básica de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) é excessivamente normatizada; o Programa Saúde da Família reflete muito essa diretriz normativa, ainda mais quando a rede opera sob a lógica das ações programáticas e determina horários específicos para atender certo tipo de clientela, as fichas e senhas, a disponibilidade de certos procedimentos – enfim, a norma impõe fortes amarras aos trabalhadores, que se vêem constrangidos no objetivo de produzir o cuidado. Isto é o aprisionamento do seu trabalho vivo, impeditivo para o estabelecimento de relações positivas para com os usuários. (FRANCO, 2006, sp).

Por sua vez, o conceito de saúde diferenciava-se da clássica definição de ausência de doenças, passando a ser incluído nas práticas e no discurso da população. Foi através das lembranças do tempo de crianças, do que ouviram sobre a ordem das carmelitas, da infância difícil e feliz, do aprendizado na feitura de cerâmica, da composição e luta pelo território da comunidade, dos valores que foram sendo alterados com o passar do tempo, da crença em Santa Teresa e de outros elementos que constroem a identidade daquele povoado, que fomos compreendendo os enredos dialógicos expressos.

Essas lembranças e memórias se constituem em valores com significados partilhados comunitariamente, pois embora tenhamos percebido uma população jovem e adolescente em crescimento, ainda há predominância da população adulta e idosa que assumem para si o “tomar conta do povoado”, assegurando a sua continuidade. São esses moradores que detém o conhecimento adquirido pelos avôs, avós, pais e parentes, que

---

<sup>4</sup> Em 2008 a comunidade lançou a primeira candidata a vereadora, a Itamatatiuense Marinete Conceição de Jesus. Ver mais informações em:

[http://www.forumlp.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=682:no-maranhao-comunidade-quilombola-tem-1o-candidato-130-anos-depois&catid=38:acao-politica&Itemid=155](http://www.forumlp.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=682:no-maranhao-comunidade-quilombola-tem-1o-candidato-130-anos-depois&catid=38:acao-politica&Itemid=155)

fazem circular o saber na comunidade através das conversas informais de fim de tarde, nos pequenos comércios, nas reuniões de família e na hora da doença.

As pessoas estão sempre prontas a dividir e a dizer o que sabem, pois de acordo com o depoimento do “Seu” Dico existem dois tipos de conhecimento:

O povo novo de hoje em dia eles são inteligente de leitura, mas de teoria não sabe. Eles não sabe, não tem teoria. Por exemplo, uma pessoa tá com uma dor na cabeça, uma hipótese que Deus a livre, essa mulher está com uma dor na cabeça, ai eu chego ensino um remédio de sumo de mato, ai ela faz, boto por aqui pregado, cabou a azia, quer dizer que é uma teoria. Sabedoria tá lá na frente. Lá nos doutor da medicina, eles opera, tira um fato, bota outro, tira uma tripa, imenda e faz esse bando de coisa. E aí teoria não tem, isso de imendar tripa, mas de outras coisas tem, mas ele não sabe fazer o que eu sei fazer e eu também não sei o que ele sabe fazer. O que ele sabe é operar, ele sabe muito bem de leitura, sabe operar, sabe fazer e acontecer, mas o que eu sei ele não sabe, é ou não é? (Fala do “Seu” Dico no Filme O Céu sem Eternidade<sup>5</sup>)

A ancoragem dos saberes sobre a saúde no poder de Santa Teresa se apresenta de forma ativa, estando em constante negociação com o saber biomédico. Essa afirmativa é comprovada através dos dados da pesquisa que revelam uma “tensão” entre o uso de remédios alopáticos e caseiros, e na ordenação das necessidades elencadas pelos sujeitos entrevistados, estando o médico e o posto de saúde dentre as primeiras.

Logo, a heterogeneidade que envolve a relação entre as diferentes formas de conhecimentos sobre a saúde modifica os processos de doença e cura, não se restringindo, nos dias atuais, aos etnométodos, ou seja, em uma maneira singular e *naif* utilizada pela comunidade de saber fazer a saúde. Ao contrário observa-se, da mesma forma que o sincretismo religioso, também um sincretismo de saberes e práticas tradicionais e de prescrições científicos sobre a saúde. Com referência a esse momento específico Bhabha afirma que:

Não é nem um novo horizonte, nem um abandono do passado (...), é um momento de trânsito em que espaço e tempo se cruzam para produzir figuras complexas de diferença e identidade, passado e presente, interior e exterior, inclusão e exclusão. (BHABHA, 2003, p.20)

---

<sup>5</sup> O Filme o Céu sem Eternidade é uma produção da cineasta Eliane Caffé e tem participação dos alunos do Curso de Comunicação Social da Universidade Federal do Maranhão. O longa metragem pode ser considerado uma cartografia audiovisual das comunidades de Trajano, Mamuna e Peptal localizadas no município de Alcântara, que tem vivido um conflito que envolve a preservação da cultura e a chegada de novas tecnologias que acabam por influenciar nos modos de vida do povoado.

---

Essa relação complexa entre dois universos, também foi expressa na fala de “Seu Dico”, nos levando a refletir sobre a relação entre o universo consensual e reificado, proposto por Moscovici (1976; 1986). Partindo desses “dois mundos”, que vamos tentar compreender as representações construídas em torno da saúde de Itamatatiua. Nesse sentido, observamos que os saberes advindos de cotidianos distintos estão impregnados de significantes e significados e, ao demarcar as diferenças entre os conhecimentos, “Seu” Dico está se referindo à racionalidade científica que está ancorada em uma lógica própria, que na maioria das vezes impede o diálogo com aqueles que detêm o conhecimento popular e desconsidera o senso comum.

O senso comum, por sua vez, está ligado a um conjunto de crenças oriundas de experiências individuais e coletivas de um determinado grupo. São produções que envolvem tradições, ritos, ditos, opiniões populares, costumes, hábitos além de outras formas de expressão e manifestação do conhecimento. Para Jovchelovitch:

o contar histórias é um dos meios fundamentais pelo qual comunidades compreendem o passado e o presente e projetam seus objetivos para o futuro(..) a habilidade de recordar com elaboração, de trabalhar simbolicamente o passado que outrora existiu, permite às comunidades refletir sobre, compreender, revisar e se, necessário, renovar suas identidades práticas e históricas. (JOVCHELOVITCH, 2008, p.147)

A apreensão do conhecimento comum e partilhado torna-se naturalmente necessária pelo ato de pertencimento e socialização no grupo. Os remédios caseiros, os chás para as diversas situações de doença, as garrafadas, os emplastos, as rezas, benzimentos e outras práticas tradicionais estão naturalizados na fala das pessoas de Itamatatiua e na dinâmica da vida cotidiana. Essa sabedoria empírica congrega vozes advindas dos variados atores que compõem a comunidade, tais como: curandeiros, curiosos, parteiras, mães, avós, bisavós, tataravós, benzedeiros e outros conhecedores dos poderes produzidos pelas ervas. Para Jonhson (2002, p.48) “o conhecimento é aquilo que consideramos como real e verdadeiro. Pode ser tão simples e banal como dar o laço nos sapatos ou tão abstrato e complexo como a física e partículas”.

A origem dos saberes e conhecimentos dos filhos de Santa Teresa advém “dos nossos avós e bisavós e são transmitidos de geração para geração”, diz Ângela de Jesus, moradora da comunidade. São ensinamentos baseados na experiência e na construção de uma “teoria” própria, que ao longo do tempo tornou-se um patrimônio cultural e imaterial para aquelas pessoas. Por outro lado, não podemos desconsiderar o embate que se constrói entre o senso comum e o conhecimento científico que, nesse caso, é representado pela

equipe de saúde que acompanha a comunidade. Esse encontro de vozes e imagens oriundas de lugares distintos se concretiza na linguagem, que conseqüentemente produz a objetivação da experiência em imagens, sabedoria e memórias que formam o senso comum.

Isto significa que, ao lado de uma vivência no passado, estabelece-se uma mudança no presente, com tendência ao estabelecimento de uma relação com o pós-moderno. O que observamos neste estudo é um perfil de representações que comporta, ao mesmo tempo, conteúdos arcaicos e o saber reificado, num processo de integração de lógicas diferentes de pensamento. Ao mesmo tempo em que vão ao médico e utilizam remédios alopáticos, se benzem, vão ao curador e recorrem à Santa.

A Santa, por sua vez, constitui-se em um ente, “alguém que tem presença quase física, num tipo de materialização, uma “entidade” com a qual podem conversar, pedir e recorrer em momentos difíceis. A noção do distanciamento da santidade se converte e objetiva em materialidade e proximidade, permitindo resolver qualquer problema, especialmente os de saúde, que causam maior sofrimento as pessoas e famílias. A respeito desse processo psicossocial de materialização, Moscovici diz que:

se existem imagens, se elas são essenciais para a comunicação e para a compreensão social, isso é porque elas não existem sem a realidade (e não podem permanecer sem ela), do mesmo modo que não existe fumaça sem fogo. Se as imagens devem ter uma realidade, nós encontramos uma para elas, seja qual for. Então, como por uma espécie de imperativo lógico, as imagens se tornam elementos da realidade, em vez de elementos do pensamento. (MOSCOVICI, 2004, p. 74).

As imagens sagradas tornam-se reais para as pessoas, são ancoradas na fé e objetivadas na memória, mantendo e criando representações. Essa dinâmica das representações, de acordo com Jovchelovitch (2008), está explícita no sistema de pensar e no conhecimento de mundo dos atores envolvidos, estando intimamente ligada àquilo que nos é familiar ou estranho, isto significa que aceitamos, entendemos e transmitimos tudo que faz parte do nosso universo e refutamos aquilo que causa diferença. A autora comenta que “atores sociais situados em diferentes posições do ciclo vital, em posicionamentos sociais diferentes ou diferentes períodos históricos, vêm a conhecer os mundos que eles habitam e ao mesmo tempo constroem” (JOVCHELOVITCH, 2008, p.80).

Tal assertiva permite melhor compreender a tensão estabelecida entre os profissionais do PSF e as pessoas da comunidade nas questões relativas aos hábitos de vida e às práticas de saúde. O diálogo travado nesse contexto caracteriza-se pela verticalidade,



no qual os profissionais exercem certa forma de violência simbólica, conforme compreendida por Bourdieu (1989) diante de divergências dos conhecimentos sobre saúde.

Esse autor considera que o campo social é também um lugar de ocorrência de relações de poder entre atores, onde cada um detém e acumula determinado *capital simbólico*, que por sua vez pode permitir o exercício de certo grau de *violência simbólica* sobre aqueles sujeitos menos capitalizados simbolicamente e que, portanto, detém menor poder no campo. Tal embate, no entanto, não se dá a partir de um movimento individual e consciente, mas dentro de um mecanismo social no qual "o poder simbólico é um poder invisível e que só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que estão sujeitos a ele ou mesmo que o exercem" (BOURDIEU, 1989, p. 7, 8).

Afirma o autor que o mundo social é um espaço multidimensional de posições a partir das quais os grupos se definem. Os diversos campos que compõem o social representam o lugar da luta por excelência, onde os agentes entram num jogo de concorrência a partir do capital simbólico que possuem, com o objetivo de fazer valer suas visões de mundo. O motor que faz funcionar as relações hierarquizadas no setor saúde é o de luta das classificações, definidas como a luta pelo poder por meio do conhecimento, pelo monopólio da violência simbólica legítima. (OLIVEIRA, 1991; 1996)

Essa tensão apontada também estabelece relações com o pertencimento das pessoas e o lugar de fala de cada grupo que, em alguns casos, impede a horizontalidade da comunicação e o respeito ao conhecimento do outro. Adicionalmente, observam-se dificuldades de decodificação dos signos e de determinados vocabulários que permeiam as conversas entre a equipe de saúde e a comunidade. O entendimento dos saberes, do senso comum, as razões e fundamentos de determinados atos e atitudes são fundamentais para que haja compreensão do que seja saúde e para que se possa compreender as representações da mesma naquele povoado. A existência de uma boa relação interpessoal nas práticas de saúde também passa pelo ato de tradução, conhecimento dos conceitos e códigos existentes no contexto em questão. Isso significa pensar a tradução para além de um problema teórico e não se ater a um único sistema simbólico, mas permanecer na diferença entre seu próprio sistema e a alteridade (AMORIM, 2001).

Essas diferenças no processo de construção do conhecimento e o processo de disputa entre diferentes saberes que estão bastante demarcados em Itamatatua, nos faz perceber que as representações sociais da saúde se constituem, em elemento de afirmação de identidades para as pessoas da comunidade, e em ferramenta de exercício de poder simbólico, para os profissionais de saúde.



As representações sociais estão inseridas na ideia de que diferentes formas de saber podem existir, cumprindo finalidades distintas e atendendo a diferentes necessidades da comunidade. A saúde representada pela comunidade extrapola o binômio saúde – doença, bem como a diferenciação clássica entre presença e ausência de doenças, não estando limitadas às queixas que mais aparecem no povoado (hipertensão, reumatismo, gripe, febre e tosse, diarreia, verme, trombose, dor na coluna e rim), mas incorpora as dimensões históricas, econômicas, sociais, políticas e culturais desse grupo social.

Isso remete a compreensão de que as representações sociais também cumprem uma função de resignificação das condições objetivas de saúde. As RS funcionam como uma forma de sobrevivência e de construção cultural, pois na ausência dos insumos básicos necessários à promoção da saúde, como ambulância, hospitais, médicos e medicamentos, as construções simbólicas atuam no preenchimento desses espaços de vazios institucionais.

A caminhada para a roça, as atividades diárias como carregar água, fazer cerâmica e carvão, mesmo acarretando conseqüências para saúde, devem ser entendidas como atividades que proporcionam bem estar, funcionam como atividade física e dão satisfação às pessoas.

Esse modo de viver conforma o próprio sistema simbólico do grupo, atribuindo papel específico a relação médico-paciente e equipe de saúde-cliente, potencializando as questões que envolvem valores pessoais, culturais, experiências individuais e educacionais.

Jovchelovitch (2008) destaca que só conseguimos romper com a percepção tradicional das representações sociais a partir do momento em que compreendemos a heterogeneidade da construção do conhecimento. Isso nos permite afirmar que só compreenderemos as RS presentes na comunidade se pensarmos no complexo de saberes ali existentes, sem a oposição estabelecida entre científico e popular. Para que as RS sejam entendidas em um contexto particular, como o de Itamatatua, é preciso que não haja preconceito entre as produções advindas tanto da comunidade, quanto da equipe de saúde. Nesse sentido, Jovchelovitch nos ajuda na compreensão da complexidade do social quando diz que:

o social não é simplesmente uma variável acrescentada á pesquisa, mas uma dimensão que devemos enfrentar teórica e empiricamente. É o contexto social que propicia o ponto de partida – chave para compreensão de formas específicas de comunicação, de inter-relações, de práticas que formam e transformam os processos psicossociais que configuram as representações sociais e outros sistemas de conhecimento. (JOVCHELOVICH, 2008, p.92).

Na análise das formas como os conceitos e saberes reificados se fazem presentes nas representações sociais da comunidade percebemos que conceitos e fragmentos de conceitos se expressam nas produções discursivas, relatos, ações, tal qual observado por Oliveira et al (2008) em pesquisa sobre a incorporação do SUS nas representações e memórias dos profissionais de saúde, afirmando a existência de um conhecimento fragmentado dos princípios que regem o SUS pelo grupo estudado. Esses discursos fragmentados, para Fairclough (2001), não apenas representam as entidades e relações sociais, mas tem a capacidade de construir diferentes discursos e diferentes posicionamentos, pois é através das falas, das conversações e do ato comunicativo que as representações se concretizam.

Percebemos no depoimento de Dona Maria José a incorporação e retradução dos conceitos científicos pelo senso comum, a partir do momento em que a entrevistada relaciona saúde-doença com questões subjetivas como alegria e tristeza.

A gente quando tem saúde, a gente tem muita alegria, muito ânimo, tem tudo enfim vontade de trabalhar, tem tudo enfim; e doença para mim é uma tristeza não só ni mim, mas quando sei que tem uma pessoa na comunidade doente, eu me preocupo demais. Quando eu sei que tem uma pessoa na comunidade procuro logo ir lá e, às vezes as minhas experiências dá certo. Eu quero logo ajudar seja de que jeito for, seja ao menos passar a mão, dá um carinho. É uma preocupação, eu me preocupo demais. (Maria José de Jesus - Entrevista em outubro de 2011)

Essa concepção de saúde foi observada também nos resultados dos questionamentos sobre a definição de saúde inserida na categoria de bem estar, disposição, alegria, trabalho e fé em Deus. Em contraposição a essa representação de saúde, a doença está relacionada à tristeza, desânimo e preocupação. Essa categoria foi também observada em outros estudos, como o de Oliveira e Sá (2001). Os autores afirmam que:

A categoria atitude no cotidiano não foi observada em outros estudos sobre as representações da saúde e da doença e apresenta contornos próprios. Refere-se a uma concepção de saúde e de doença que associa esses processos a uma predisposição interna do sujeito, ou seja, estar com saúde é sinônimo de “ter coragem”, “ter vontade”, “estar disposto a”, etc. Trata-se, ao mesmo tempo, de um atributo físico, psicológico e social, mas que não se limita a esses planos isoladamente, compondo uma dimensão da saúde e da doença ligada à “força” que mantém a vida. Essa força interna é, ao mesmo tempo, física e mental, e assume um caráter de determinante do processo saúde-doença. Tudo se passa como se, na ausência dessa força, a vida se extinguisse. (Oliveira; Sá, 2001, p. 618)

Adicionalmente essa categoria de saúde estabelece relações com uma outra categoria associada à religiosidade e à fé. A Doutora do Mato diz, ainda, que há um incômodo quando a pessoa adoece antes dos festejos de Santa Tereza:

Quando a gente adoece logo e a festa de Santa Teresa já falta um mês e a gente adoece, a gente já fica preocupado: Oh, minha Santa Teresa, fazei-me eu fica boa... mas a gente faz com uma fé profunda, não é só daqui garganta pra cá. É uma fé com amor, com carinho. Faizei eu fica boa para mim ir a festa ... e

também tirar um tempo sozinho para rezar e orar mesmo. (Maria José de Jesus-Doutora do Mato. Entrevista em outubro de 2011).

Saúde, portanto, estabelece uma relação profunda com o sentimento de ser quilombola de Itamatatiua, ser alegre, ser filho, receber as bênçãos da santa e de poder participar dos festejos, constituindo-se em uma categoria ao mesmo tempo integral e complexa. O bem estar da comunidade tem relação com um conjunto de elementos simbólicos importantes, não estando apenas ligado a questões materiais como instalações físicas e humanas destinadas a melhorar a saúde. Por outro lado, podemos dizer que nem sempre o discurso biomédico, de caráter científico, contempla a significação mais ampla do adoecer. A concepção integral de saúde, presente nas representações, nem sempre pode ser traduzida em conceitos estanques, delimitados cientificamente, assim como a doença não se caracteriza apenas pelo adoecer físico (CZERESNIA, 2003).

Percebemos que algumas práticas culturais e/ou religiosas de saúde, mesmo presentes na comunidade e, de certa forma, naturalizadas e codificadas socialmente, ainda são consideradas tabus, pois quase nunca são mencionadas ou as pessoas não assumem a sua prática. Na observação participante notamos que o curandeirismo ainda se faz presente na comunidade, mas de forma oculta, inclusive na estrutura física, pois não detectamos nenhuma casa específica de cura, somente a prática do curador Fernando de Jesus ainda usada por algumas pessoas. As práticas do curandeirismo e da pajelança, por exemplo, não foram verbalizadas espontaneamente nas entrevistas, razão pela qual acabam se mantendo no âmbito do silêncio e do não dito, ou até mesmo do “proibido”, como revela a encarregada Neide de Jesus:

D’antes aqui tinha muita mina, tambor de mina, mas agora terminou, não quiseram mais. Tem só Fernando, mas não tem terreiro, e Domingos é só benzedor. Aqui era terreiro mesmo, tambor de mina, aqui mesmo na sede. Tinha Raimunda Preta, tinha Roberto, Manezinho... tinha era muito..., mas morreram todos e acabou. Dançavam, ai elas benziam, levantavam arca... Antigamente era difícil a gente ir pro médico, era só essas pessoas que davam remédio, a gente ficava bom. Isso há uns dez anos pra trás. (Entrevista com Neide de Jesus em 2009 com a pesquisadora Milena Reis).

O silêncio em torno dessas práticas pode estar associado a diferentes elementos, tanto de caráter social discriminatório, que coloca as práticas “ocultas” como algo a ser negado e escondido, quanto pelo avanço da modernidade e chegada dos serviços públicos ao povoado. Algumas pessoas da comunidade vem à São Luís para cura de determinadas doenças em terreiros, famosos como a casa Fanti Ashanti<sup>6</sup>, coordenada pelo pai de santo Pai

---

<sup>6</sup> Casa de culto afro localizada em São Luís – MA.

Euclides, responsável por uma das casas de mina mais antigas e respeitadas do Maranhão e do Brasil. Esse desconforto na verbalização sobre o uso da cura em terreiros pode ter uma relação com a intolerância aos cultos afros que, por muito tempo, foi enquadrado como crime no Código Penal Brasileiro de 1890. Essa prática era, também, entendida como atentado à saúde pública, sendo visto como geração de loucura devido ao momento de transe. Por estes aspectos a religião afro-brasileira enfrentou muito controle e perseguição. (FERRETI, 2001).

O que observamos, no entanto, é que as dinâmicas em torno das práticas comunicativas em saúde fazem parte de um ciclo de representações muito presentes e “vivas” naquela comunidade. A fé, a crença no poder da santa e nos remédios por eles cultivados não pode ser descontextualizada do trabalho em saúde, pois são repertórios construídos de forma comum e secular que autorizam cada membro do povoado a sentir sua cultura, professar sua fé e viver sua crença. São esses conhecimentos e narrativas partilhadas pelos moradores de Itamatatua que, em muitos momentos, causam ruído no diálogo com a equipe de saúde do PSF. Essa constatação nos leva a inferir que um dos problemas da saúde na comunidade não está localizado essencialmente na ausência de um posto médico ou da permanência dos profissionais na comunidade, mas nos fatores comunicacionais e dialógicos que fundamentam as representações sociais, pois “nada é mais difícil que erradicar a falsa ideia de que as deduções ou explicações que nós extraímos do senso comum são arcaicas, esquemáticas e estereotipadas”(MOSCOVICI, 2004, p. 210).

Esse conhecimento tradicional de saúde que envolve crenças e transmissão oral, é significativamente questionado pela equipe de saúde que, por não compartilhar do mesmo universo simbólico que a comunidade, tem desenvolvido ações de desestímulo a tais práticas, segundo a agente de saúde Graça de Jesus. Por não conseguir interagir com o saber local, a equipe do PSF às vezes não dialoga e desenvolve uma atitude de não reconhecimento do saber do outro, principalmente nas atividades de consultas e visitas domiciliares, deixando assim claramente definido quem possui conhecimento e experiência válida no campo da saúde.

Há aqui, uma nítida relação com o pensamento de Freire (1983) quando o autor se refere ao processo de educação bancária, uma divisão de saber entre os que sabem e detêm certo tipo de conhecimento e aqueles que não detêm. Esse tipo de comunicação linear,

unidirecional, sem retorno e não dialógica pode causar ruídos<sup>7</sup> na comunicação. Esses ruídos se apresentam a partir do momento em que a equipe de saúde não entende, aceita ou dialoga com as representações que permeiam as práticas comunicativas em saúde no povoado.

Algumas práticas são difíceis de serem verbalizadas, praticadas e negociadas em sua plenitude, tornando o ruído existente entre os profissionais de saúde e a comunidade um dos grandes entraves no desenvolvimento das atividades de saúde.

De acordo com Moscovici (2004) a dialogicidade se caracteriza por formas de pensamentos divergentes e opostos que podem ou não estar em concordância. O importante nesse conflito não é a homogeneidade, mas a sintonia e a capacidade que cada sujeito terá de ouvir e expressar suas idéias através de palavras, símbolos ou gestos. Essa capacidade de falar com o outro e se expressar pode produzir efeitos significativos na relação comunicacional e permitir o estabelecimento de uma modalidade de trabalho vivo em saúde. Retomamos as proposições de Franco (2006) para refletir sobre as possibilidades de atuação das equipes de saúde:

O trabalho vivo, como dispositivo de formação de fluxos-conectivos, faz uma cartografia no interior dos processos de trabalho como o desenho de um mapa aberto, com muitas conexões, que transitam por territórios diversos, assume características de multiplicidade e heterogeneidade, sendo capaz de operar em alto grau de criatividade. O trabalho vivo sofre processos de captura pela normativa que hegemoniza o funcionamento do serviço de saúde, mas, ao mesmo tempo, sua capacidade rizomática, de abrir linhas de fuga e trabalhar com lógicas muito próprias, que são do próprio sujeito que opera o sistema produtivo, é capaz de encontrar novos territórios de significações, que dão sentido para, por exemplo, a produção do cuidado quando tratamos do caso da saúde. (FRANCO, 2006, sp).

Outro ponto que merece atenção é o distanciamento e desconhecimento da comunidade em relação aos princípios dos SUS. A universalidade, integralidade, equidade, descentralização de comandos, resolutividade, regionalização, hierarquização e participação popular, que se caracterizam como direitos adquiridos da sociedade brasileira parecem ser etapas ainda distantes das conquistas dos cidadãos e cidadãs de Itamatatua, pois a população desconhece esses direitos, voltando-se sobretudo a aspectos estruturais básicos no que se refere à atenção básica à saúde.

---

<sup>7</sup> De acordo com Rabaça (2001) é todo sinal considerado indesejável na transmissão de uma mensagem por um canal. Tudo que dificulta a comunicação, interfere na transmissão e perturba a recepção ou compreensão de mensagem. Vários são os exemplos de ruídos dentre eles o emprego de palavras de difícil compreensão para o público a que se destina a mensagem (signos que não do repertório do destinatário), mensagem mal-estruturada, mensagem transmitida com entonação inadequada para os objetivos da comunicação.

O que observamos, vimos e vivemos em quase dois anos de contato com os Itamatatiuenses, foi uma dinamicidade de pensamentos e crenças já explicitados em diversos momentos nesse trabalho. Por isso, voltamos um pouco na análise da figura 01 na página 76 esta tese onde o esquema proposto nos leva a definir as representações sociais da saúde como algo que está em permanente troca de saber, energia física e mental.

Os moradores de Itamatatiua são construtores de conhecimento, ou seja, sujeitos que possuem a capacidade de construir relações, conexões de saberes e representações, que se apresentam em constante interação com a cultura, a sociedade, a linguagem e a comunicação. Saúde, portanto, torna-se um objeto socialmente elaborado e partilhado, que produz um código comum no povoado e envolve uma relação com o território, a cultura, a fé, a religiosidade, a alimentação, com as práticas instituídas e institucionalizadas, tradicionais, que definem os modos de fazer e crer daquela gente.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Nesse percurso de pesquisa procuramos ler e conhecer trabalhos já realizados sobre a comunidade, ouvir os moradores de Itamatatiua e os profissionais e agentes de saúde, afinal são eles que recebem a equipe mensalmente para atividades de promoção e de restabelecimento da saúde. Em alguns momentos conversamos com as pessoas da comunidade utilizando um roteiro de entrevista, em outros a conversa acontecia de forma livre, sem roteiro e de forma despretensiosa. O resultado foi surpreendente, pois tanto as observações realizadas, quanto as entrevistas colhidas confirmaram um dos aspectos que já percebíamos desde o início: um certo ruído na comunicação entre a comunidade e a equipe de saúde.

Entretanto, precisávamos compreender onde esse ruído se situava, o que o determinava, e o que aquelas pessoas pensavam sobre saúde e sobre os saberes circulantes. Começamos, então, a mapear os procedimentos desenvolvidos pelas pessoas quando se sentiam doentes e, a partir daí, passamos a identificar uma rede de saberes e práticas envolvendo não somente humanos, mas também não humanos, ou seja, pessoas, ervas, práticas de cura, benzimentos, chás, consultas, exames, medicamentos e outros métodos que instalavam uma trama social, a qual denominamos de práticas de saúde.

Tais práticas se mostram dinâmicas se reconstruindo e se renovando através do ato comunicativo e da formação de representações, que envolvem o dizer, o fazer e o pensar. Começamos, então, a entender que as práticas se perpetuavam e renovavam pelo ato da

linguagem, pela ação da palavra, mobilizadas pelos conceitos, imagens, atitudes, símbolos e gestões que cercavam o objeto saúde. Mas como elas permaneciam na mente daquelas pessoas por tanto tempo? Esse era também um dos nossos questionamentos.

Foi na pesquisa de campo que compreendemos tais práticas como representações sociais, algo que implicava em pluralidade e diversificação dos saberes. Essas representações não poderiam estar estanques ou materializadas em um só objeto, e, ao mesmo tempo em que se apresentavam como algo já dado, como um conjunto de elementos pré-existentes, que tem normas pré-estabelecidas, elas se apresentavam em constante renovação e troca se constituindo em uma maneira de interpretar e pensar a realidade cotidiana em toda a sua complexidade.

Entendemos que as representações sociais e as práticas de saúde na comunidade se constituem em uma fusão que envolve também o conhecimento, a experiência, a sabedoria de cada membro, aliados às práticas tradicionais de saúde. A manifestação das diferentes formas de conceber e de praticar a saúde apresenta-se híbrida, ou conforme afirmamos no texto, sincrética, ou seja, quase um sincretismo religioso no qual todos os saberes se articulam para produzir saúde, mesmo que esses saberes possam ser vistos como conflitantes, num dado momento. A mesma pessoa que recebe o benzimento pode procurar os serviços do curador, utilizar as ervas ou fazer uma consulta médica, colocando esses diferentes procedimentos no mesmo nível de importância e de eficácia. A possibilidade de ter várias experiências em saúde cria a capacidade de interlocução, apropriação do conhecimento e intervenção com o outro e, ainda, a possibilidade de interpretar, aceitar ou refutar teorias sobre a saúde.

## REFERÊNCIAS

AMORIM, Marília. *O pesquisador e seu outro*. Baktin nas ciências humanas. São Paulo: Musa Editor, 2001.

ARAÚJO, Inestita Soares de. *Mercado simbólico: interlocução, luta, poder : um modelo de comunicação para políticas públicas*. Tese (Doutorado) - Programa de Pós Graduação de Comunicação. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio e Janeiro, 2002.

BHABHA, Homi. *O local da cultura*. Belo Horizonte. Ed. UFMG, 2003.

BOURDIEU, P. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Difel; Bertrand, 1989.

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, C. M. ( Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.39-53. Disponível em:

< [http://143.107.23.244/departamentos/social/saude\\_coletiva/AOconceito.pdf](http://143.107.23.244/departamentos/social/saude_coletiva/AOconceito.pdf).

Acesso em: 21 fev 2012.



FAIRCLOUGH, Norma. *Discurso e mudança social*. Tradução de Izabel Magalhães. Brasília, DF: Ed. UnB. 2008.

FERRETI, Mundicarmo. *A Pajelança do Maranhão no século XIX: o processo de Amélia Rosa*. São Luis: CMF: FAPEMA, 2004.

FRANCO, Túlio Batista ; MERHY, Emerson Elias. Programa de Saúde da Família. ( PSF); contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MIRANDA, Hevécio; MAGALHÃES JUNIOR; FRANCO, Túlio Batista; RIMOLI, Josely; BUENO, Wanderley Silva. (Org.). *O trabalho em Saúde olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007 v.1, p. 55-124.

\_\_\_\_\_. FREIRE, Paulo *Pedagogia do oprimido*. 13 ed. Rio de Janeiro. Paz e Terra, 1983.

JONHSON, Allan G. *Dicionário de sociologia: guia prático da linguagem sociológica*. Rio de Janeiro : Zahar, 2002.

JOVCHELOVITCH, Sandra *Os contextos do saber: representações, comunidade e cultura*. Petrópolis: Vozes, 2008.

MENEZES, Marizilda dos Santos; CASTRO, Jacqueline Aparecida Gonçalves Fernandes de. Culturas orais e linguagens gráficas. Disponível em:

<[http://www.degraf.ufpr.br/artigos\\_graphica/CULTURASORAIS.pdf](http://www.degraf.ufpr.br/artigos_graphica/CULTURASORAIS.pdf)> Acesso em: 20 fev 2012.

MOSCOVICI, Serge. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Tradução de Pedrinho Guareschi. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

OLIVEIRA, D. C ; SÁ, C.P. Representações sociais da saúde e doença e implicações para o cuidar em enfermagem: uma análise estrutural. *Rev. Bras. Enfermagem*, v. 54, n.4, p.608-622, 2001.

OLIVEIRA, D. C. *O desenvolvimento infantil e suas representações: dimensões do saber técnico-profissional e do senso comum*. 1991. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1991.

\_\_\_\_\_. *A promoção da saúde da criança: análise das práticas cotidianas através dos estudos de representações sociais*. 1996. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

TESSER, C. D. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.10, n.19, p.61-76, jan/jun 2006.