

Parte IV

ÉTICA E ANTROPOLOGIA DA SAÚDE

A ÉTICA DA COMUNICAÇÃO EM SAÚDE:
A ESCOLHA POLÍTICA DE DIFERENTES LINGUAGENS
PARA COMPREENSÃO E AÇÃO

Russell Parry Scott

A pesquisa na antropologia de saúde exige uma atenção permanente para a aplicação dos resultados da pesquisa no objetivo de contribuir para a saúde da população. Por mais “teórico” e/ou “contestatório” que sejam os nossos objetivos expressos da pesquisa, em todas as horas convergimos com os profissionais de saúde ao almejarmos fazer “promoção de saúde”. É impossível evitar a multidisciplinaridade, o que faz com que a escolha de uma linguagem, ou melhor, de múltiplas linguagens, para comunicar os nossos resultados se torne uma escolha política que precisa respeitar éticas da inclusão ou exclusão de diferentes grupos no aproveitamento dos resultados. Aqui relato algumas experiências que requereram sensibilidade política de escolhas de linguagens para que a comunicação entre disciplinas e populações diferentes pudesse promover ações que respondessem ao objetivo mais amplo de “promover saúde”. Éticamente, este papel cabe ao cientista tanto quanto a qualquer outro agente social.

Eu tenho, por acidente autobiográfico particular, me aproximado de assuntos como família, reprodução, organização social e estruturação econômica e política. Na área de saúde sempre encarei a pesquisa como uma das diversas áreas de políticas públicas que poderiam, de alguma forma, influenciar a vida cotidiana das pessoas. Mas desde o afloramento deste interesse enfrentei as demandas e práticas diferentes dos múltiplos atores na área de saúde. Esta multiplicidade marcou a elaboração de um livro, com base em um seminário com quase o mesmo nome, sobre os sistemas de cura: as alternativas do povo (SCOTT, 1996a).¹ Nesse seminário as diversas vozes discorreram sobre cura no sistema formal, a cura psiquiátrica, a cura popular, a cura religiosa, movimentos comunitários, o olhar dos pacientes. A impossibilidade, e de fato inutilidade mesmo, de tentar isolar uma voz valorizando-a como mais ou menos correta que a outra foi evidente neste exercício de trocas de formas diferentes de comunicar os múltiplos caminhos de buscar a saúde. Os diversos agentes, médicos, epidemiologistas, erveiros, fitoterapeutas, pais-de-santo, espiritistas, militantes de movimentos comunitários, portadores de deficiências, usuários de serviços de saúde, e tantos outros, mostram que a “agência social” neste campo é extraordinariamente diversa.

O reconhecimento da importância da procura de saúde se manifestou novamente ao abordar algumas políticas públicas numa pesquisa que foi feita nos anos 80 na área de habitação, renda e saúde.² Nesta pesquisa “saúde” fazia parte de um trio de elementos que foram observados para ver o quanto as políticas públicas contribuem na criação de uma identidade social para pessoas de diferentes camadas que procuravam resolver os seus problemas e os dos seus familiares nessas áreas. Identificando diversas campanhas e programas em cada uma dessas áreas de renda, de habitação e de saúde, esta última trouxe alguns resultados marcantes. Antes da reforma sanitária e a adoção do Sistema Único de Saúde – SUS –, nos anos 80, era muito claro que algumas pessoas tinham, e outras não tinham, acesso a serviços de saúde. De acordo com a categoria social, cada um tinha um tipo diferenciado de atendimento, especialmente de acordo com o seu vínculo formal com o trabalho, mas também de acordo com o tipo de trabalho e local onde o exercia. Evidentemente isso continua existindo, mas muito melhor mascarado. Hoje em dia, a universalização e descentralização do atendimento à saúde, que objetiva igualar o acesso aos serviços, ainda evidencia diferenciações internas e complementações por serviços particulares pagos. O acesso foi estendido a uma parcela muito maior da população, mas as diferenças ainda marcam uma identidade social. Esta relação entre identidade social e serviços de saúde é uma das questões que fascina na inter-relação entre saúde e Ciências Sociais. A procura por saúde de uma população, seja ela de trabalhadores rurais, de trabalhadores urbanos pobres ou de camadas médias (as três categorias trabalhadas na pesquisa), é feita numa teia de políticas públicas que servem para “colocar cada um no seu lugar”.

Com a convicção da importância desta constatação, abriram novos caminhos para trabalhar. O mais marcante foi a instalação de um programa do governo japonês para a criação do Núcleo de Saúde Pública (NUSP) na Universidade Federal de Pernambuco. Fui chamado para trazer uma contribuição antropológica. Devido às experiências anteriores, tinha algumas coisas a contribuir. Inclusive a oportunidade de agir (além da pesquisa) junto com profissionais dos mais diversos setores trouxe de volta a questão da multiplicidade de vozes.

No projeto do NUSP as negociações anteriores já haviam pré-determinado três comunidades a serem trabalhadas. Os financiadores japoneses queriam vincular as ciências sociais e da saúde no seu trabalho nas comunidades. Até ali, tudo bem – insistir muito em fazer a recomendação dos assessores japoneses era muito positivo. A idéia era de realizar um estudo de comunidade nos três lugares (um bairro e dois municípios na Região Metropolitana do Recife – RMR – Zona da Mata canavieira e zona do agreste de policultura, respectivamente). Seria interessante, mas os financiadores pensavam em um estudo de comunidade abrangente

nos moldes do estudo de comunidade dos anos 50 e 60 – era, pelo menos, a noção que tinham sobre o que o antropólogo faz e a sua capacidade de transmitir realidades alheias a populações distantes. Ele faz um estudo de comunidade que mostra como são esses lugares. Ter ficado com esta opção ampla diferenciaria significativamente o nosso trabalho do dos outros componentes das equipes em cada local, mas optamos por direcionar a pesquisa de comunidade para “o problema” enfrentado pelos outros integrantes do NUSP e as próprias administrações governamentais dos locais – direcionamos o olhar para a questão de saúde. O que propomos realizar foi uma avaliação social e cultural sobre saúde nessas áreas. O resultado foi a elaboração de um trabalho que, mesmo tendo sua base fundamental nas práticas tradicionais de ciências sociais, exigia um diálogo direto com conceitos da área de saúde. Restrições orçamentárias, de tempo e, certamente também, políticas limitaram o nosso estudo ao bairro da RMR; nas outras duas áreas (mais delicadas politicamente) os estudos foram feitos por profissionais de saúde com uma sensibilidade pelo social, mas sem treinamento específico em avaliações sociais.

Concentramos a pesquisa no bairro do Ibura, no Recife, o que resultou no livro *Saúde e pobreza no Recife*³ e também em um filme,⁴ porque julgamos que quase ninguém da comunidade iria ler o livro. Quer dizer, algumas das pessoas envolvidas no atendimento em saúde, algumas das lideranças comunitárias leriam algumas partes do livro, até cansarem do seu vocabulário “leigo” para o cientista social, mas esquisito e repleto de jargão para moradores e para muitos profissionais de saúde. Uma vez feita (quase quatro meses de pesquisa de campo e mais quatro de análise e redação), o dilema que se apresentou foi entender como essa avaliação social e cultural de saúde poderia servir para um projeto de cinco anos de intervenção na área de saúde para o bairro do Ibura. Tínhamos trabalhado com a idéia que essa avaliação serviria como uma base para a ação, pelo menos ao identificar alguns dos problemas, das concepções e das formas de interagir que poderiam trazer melhores resultados para um trabalho no bairro do Ibura, com a sua história particular.

Foi nesta hora que entrou, muito enfaticamente, a multidisciplinaridade (ou todas as combinações de prefixos que podemos botar na palavra disciplinaridade). Aguçou a percepção da importância política da questão da comunicação em torno da compreensão do significado e das implicações para a ação de diversos elementos entre os cientistas sociais e pelo menos dois atores: os profissionais de saúde, de um lado, e a população, de outro lado. Com as várias experiências em reuniões e em outras ocasiões de interação, com o conjunto de especialistas das mais diversas áreas, foi possível identificar que algumas coisas existem sistematicamente como dificultadoras da comunicação entre cientistas

sociais e profissionais de saúde e, depois, entre cientistas sociais e os usuários dos serviços de saúde.

Vou resumir rapidamente esses pontos que estão disponíveis numa apresentação formal desse trabalho (SCOTT, 1999). Mas antes, é importante frisar que resolvemos tomar uma ação parcialmente “reparadora” destas dificuldades comunicacionais e que poderia ser entendido como a procura de um espaço múltiplo para discutir saúde. Esta ação é uma feira de saúde, documentada em outro filme que produzimos.⁵ Era para superar algumas destas dificuldades que criamos este evento junto com as diversas agentes sociais identificada na pesquisa.

Quando cientistas sociais falam com profissionais de saúde, nos perguntamos se o profissional de saúde vai achar que há credibilidade na fala do cientista social. Reconhecemos que há muita variabilidade interna entre profissionais de saúde e o que segue superenfatiza um núcleo “formativo” comum destes profissionais que os diferencia como bloco, dos cientistas sociais.

Primeiro, há um embate entre noções do sistema e modificações do sistema social e cultural. Os cientistas sociais lidam muito com a noção de que a sociedade se transforma, as concepções mudam, as coisas vão acontecendo e os atores vão-se transformando ao longo do mesmo percurso. Mas é muito comum ouvir os profissionais de saúde fazerem caracterizações da população que envolve uma noção da imutabilidade desta população. Isso aparece quando falamos nas razões de manter incidências de uma ou outra patologia. Descrições de práticas sanitárias não-saudáveis ou orientações mentais (sugerindo que o povo não se cuida) são colocadas numa linguagem que sugere a imutabilidade – há a idéia de que as coisas não mudam “para o povo” (seja ele explorado, relaxado, desinteressado ou qualquer outro adjetivo generalizável). Dentro das Ciências Sociais a idéia de uma caracterização “imutável” é mais difícil de ser aceita. Mas, com a maior tranquilidade, isso aparecia na discussão dos profissionais de saúde. Como discutir a noção de que as coisas se transformam de uma maneira que fosse adequada para a apropriação pelos profissionais de saúde?

Segundo: o que é cientificidade? Os profissionais de saúde valorizam um tipo de cientificidade e quando o cientista social começa a falar sobre os resultados da pesquisa de campo, especialmente quando as práticas de pesquisa são qualitativas, às vezes, enfrentamos uma espécie de olhar meio vazio: “O que é isso?”, “Oh, muito interessante”. Mas neste “interessante” reside um certo desprezo pela qualidade da informação. Uma descrição não calcada num procedimento tradicional do método científico hegemônico da área de saúde só poderia ser de menor valor científico. Inclusive, depois de passar duas semanas intensivas dando aulas sobre pesquisa qualitativa num programa de mestrado

materno-infantil, os profissionais se dividiram informal e claramente em dois grupos: o grupo que achava o curso interessante e o grupo que achava uma “droga”. Um aluno, do grupo que achava que era uma “droga”, disse ter percebido a lógica atrás da pesquisa qualitativa: “Ah, é como dizer eu tenho um Pálio velho na garagem”. E o professor, “O que?”. E o aluno conclui, “é um fato qualquer que eu jogo assim. Isso é o qualitativo, né?” Para o grupo dissidente, a sistematização do cientista social era imperceptível. Eu não sei se eu estou denunciando as minhas falhas enquanto professor ou a visão muito rígida da noção de que a pesquisa tem que ter uma verificação estatística e/ou uma prática direta na redução e tratamento de patologias para ser válida. Mas há uma resistência grande sobre a apresentação de algumas informações que lidam com uma outra cientificidade ou, pelo menos, com uma outra credibilidade enquanto tipo de discurso.

O terceiro elemento é sobre o que se valoriza na profissão. Nas Ciências Sociais, valoriza-se uma boa análise, uma boa interpretação. Mas na área de saúde, o foco é “Atendeu quantos?”, “Conseguiu resolver quantos casos?”. É preciso atender e a compreensão cria um caminho para resolver o atendimento. Quando, muitas vezes, puxamos para a compreensão e análise, dificultamos a comunicação entre o profissional de saúde e o cientista social. Temos que saber lidar com essas questões e tentar criar uma compreensão mútua. O nosso objetivo tem de ultrapassar a “boa análise”, atingindo o atendimento, ao mesmo tempo em que precisamos convencer o profissional de saúde que a boa análise é um caminho para o bom atendimento.

Mas há outro problema de credibilidade para os cientistas sociais – a comunicação com a população – ou em termos dos profissionais de saúde, com os usuários. Como explicar o que se veio fazer, o que é uma pesquisa, o que é uma avaliação social. Precisa-se descobrir o que a população quer e descobrir um fórum adequado para promover decisões em conjunto – população, cientista social, profissional de saúde. Num caso concreto, o que a pesquisa e o NUSP farão para a população do Ibura.

Então, tem que ouvir e tem que ter a credibilidade da população. O primeiro desafio é que um grupo de pesquisadores costuma durar pouco – passa pouco tempo no local. Qual é o compromisso que o pesquisador de Ciências Sociais tem com a população? Para alguns, o compromisso é mais fácil de identificar, como na situação de alguns pesquisadores que acompanham, durante mais tempo, os movimentos sociais e comunitários. É preciso vencer a barreira da credibilidade, e um dos caminhos é passar um tempo suficiente, embora apenas tempo passado não seja suficiente para julgar o compromisso. De qualquer jeito, o pesquisador não é equivalente a um morador, não é equivalente a uma pessoa que reside, então, para as comunidades mais pesquisadas, já se

espera que o pesquisador venha com um “papo” lindo, ao mesmo tempo em que se espera que, dois anos depois (ou mesmo dois meses ou duas semanas), ele deixe de ser visto. A comunidade conhece bem essa situação. O mínimo que a população espera é que se consiga dar continuidade a uma ação dos pesquisadores na comunidade, que se crie, se construa uma relação que perdure bem mais ou, na falta desta continuidade, que a ação tenha visibilidade imediata em prol da comunidade. A relação com a comunidade, que não precisa ser permanente e intensiva, precisa ser sempre olhada como um compromisso.

Além disso, o problema de assimetria de poder é muito evidente entre pesquisador e comunidade quando se está lidando com áreas de periferia urbana. Estão muito presentes questões como: “O que se está representando?”, “O que vai fazer?”, “Como a gente vai ser beneficiada?”. O pesquisador, mesmo consciente da vontade de beneficiar a população, carrega também expectativas de alguma coisa diferente. A assimetria de poder não precisa de muita elaboração, pois já está bastante clara no ato de “vir para pesquisar”.

O uso de falas e cognições diferentes costuma reforçar a assimetria de poder. Os profissionais de saúde, os cientistas sociais e os membros dos movimentos da sociedade civil e ONGs, todos têm um vocabulário legitimador particular associado à cultura e aos objetivos dos grupos aos quais pertencem. Quando estes atores falam com estas referências, dificulta a comunicação se não escolherem palavras que possam ajudar as pessoas a entender todos os elementos envolvidos. Quando o profissional pensa, explícita ou implicitamente, algo como “Eu vou fazer com que todo mundo entenda um pouquinho do vocabulário de epidemiologia para que essa comunidade saiba mais”, ele comunica o que? Que é um profissional que tem domínio sobre essa área. Quer dizer, o uso de palavras marca posições diferenciadas e isto, dependendo do como é veiculado pode, de um lado, gerar muitos conflitos na comunicação, e de outro, enriquecer o processo de aprendizagem intercomunicativo.

A este respeito, exemplifico através de um incidente que mostra como, mesmo consciente de diferentes registros, consigo perder o domínio da comunicação entre agentes. Ensinando num curso do Programa de Saúde da Família, querendo entender o conceito de família, os alunos cumpriram um exercício de falar sobre quais seriam os problemas de saúde de diferentes gerações. Um dos problemas principais que um grupo citou foi que, entre os jovens, há muita ira. Logo associei a questão com as relações intergeracionais, comentando a relação difícil entre pais e filhos que ocorre muito. Dentro do contexto de referência dos alunos e dos profissionais de saúde, meu comentário era, no mínimo, incompreensível, no máximo, hilariante, pois todo mundo sabe que IRA se refere a infecções respiratórias agudas! O meu referente pode ser

encontrado no Aurélio, mas o dos médicos e enfermeiros veio dos livros de anatomia, de epidemiologia etc. Às vezes, a crença de que se está sendo claro ofusca o fato de que a nossa compreensão está muito arraigada aos nossos termos profissionais. No incidente relatado, desvendar o problema de comunicação terminou produzindo uma reflexão interessante entre cientista social e profissional de saúde: sobre a localização percebida de problemas de acordo com formações diferentes – no corpo ou nas relações entre as pessoas.

Quando apresentamos o resultado da nossa pesquisa de avaliação social do Ibura na forma de um livro, todos acharam muito bonito. Mas, logo em seguida, percebeu-se outro problema: os profissionais de saúde não se interessaram em ler o livro. Acham-no ótimo e bonito, mas não o usam. Mal percebem qualquer utilidade para o que pretendiam fazer no Ibura. Nem mesmo em seminários e discussões no NUSP conseguimos reunir um conjunto de pessoas que usaria o livro para orientar ações (como tínhamos imaginado que aconteceria ao idealizar a pesquisa). Para comunicar melhor, fizemos um filme. É um resumo do que está no livro em 20 minutos de película bastante movimentados. Demorou para o filme sair, mas, para discutir junto com a comunidade, deu bons resultados. Serviu para a comunidade falar sobre o que queria na área de saúde. Levamos para as associações comunitárias e ao lar do idoso e promovemos uma boa discussão. Mas não surtiu o mesmo efeito para os profissionais de saúde. Eles continuaram fazendo o que sempre acharam que deveriam fazer, com base nas suas formações específicas. Se o livro ou o filme não se dirigia diretamente a estas questões, relacionadas com as suas especializações, era, basicamente, dispensável.

Um grande exemplo disto foi um trabalho premiado, dentre os trabalhos de pesquisa e intervenção no Ibura, sobre uma questão que julgamos ser muito importante. Um capítulo foi dedicado à hipertensão, identificado como um dos maiores problemas da comunidade. Uma professora, especialista no assunto e desconhecadora da pesquisa de avaliação, que era também médica, fez uma pesquisa mais aprofundada e apresentou os resultados, tendo o trabalho premiado sobre a questão dos hipertensos. E ela falava, “Eu não sei o que eu vou fazer. Eu identifiquei tantos hipertensos ali e eu não tempo pra atender todos um por um”. Ela não pensou numa ação que poderia ser feita fora do consultório e em horas convenientes para a população, junto com o núcleo de saúde pública, com outros atores, profissionais do serviço social, comunicação social, educação em saúde – ou seja, com pessoas de outras áreas (mesmo dentro do campo de saúde). No NUSP, nas nossas discussões em reuniões, ela recebeu comentários de pessoas de diversas perspectivas disciplinares sobre a possibilidade de trabalhar a hipertensão não apenas no consultório. Este foi um problema que apareceu sobre o desejo de seguir os ditames de sua área profissional, requerendo comunicação entre

diversos atores para descobrir um caminho mais eficiente para beneficiar a população.

Armados com os resultados da avaliação, passamos a concentrar a atenção sobre a saúde reprodutiva, visto como uma das questões de saúde, e de gênero, que merecia ser tratado de uma forma mais ampla e mais aprofundada. O desafio era lidar com a questão de saúde reprodutiva, promover saúde como um todo no bairro e fazer com que as ações realizadas por grupos do próprio bairro fossem valorizadas. Então, inventamos uma coisa chamada “Feira de saúde”, documentada num vídeo de cinco minutos, que mostra, de uma forma musicada e animada que ressaltou a diversidade de ações, atores e público que participaram na feira de saúde. Essa fita demorou a sair. A feira foi realizada em março de 2000. Filmamos a feira e não fizemos a escolha por uma produção rápida dos resultados. A finalidade do filme foi, além da evidente documentação, ser incorporado em reuniões com a comunidade para organizar a segunda feira de saúde. Devido à heterogeneidade do bairro, que, nos seus limites formais abrange mais de 100.000 habitantes, precisamos definir o tema de “diversidade” associada à saúde reprodutiva, mas também a diversas outras manifestações de saúde, como eixos organizativos da feira. Integramos a comunidade, as ONGs, as instituições de governo e o nosso próprio grupo nesse empenho comum.

Algumas idéias nortearam essa feira. Primeiro, associamos o trabalho ao do Distrito Sanitário 6, um dos seis distritos sanitários da cidade de Recife. Mas fizemos questão de também ter, preferencialmente, uma ação associada a grupos comunitários. O Distrito Sanitário foi mais um participante da elaboração do trabalho. Esse trabalho foi muito difícil: queríamos a comunidade, o Distrito Sanitário, as ONGs todos mostrando o que faziam. Convidamos numerosas ONGs que trabalham na área de saúde coletiva, na nossa região metropolitana ricamente servida por estes grupos. Isto fica evidente no filme e parte do sucesso da feira se deveu à boa participação de entidades como a Casa de Passagem, Gestos, Asas e PAPAI, bem como de outro grupos como BEMFAM e a HEMOPE, unidade governamental de hemoderivados. Todos vieram e apresentaram algum tema da pauta do seu trabalho relacionado com a realidade da área, direta ou indiretamente. Cada um teve uma barraca de feira. Inventaram atividades para o dia todo, tais como, filmes, distribuição de camisinhas, demonstrações de métodos contraceptivos, bandas de forró etc. Como saúde vai muito além de informações, decidimos que haveria uma diversidade de coisas acontecendo durante o dia para que houvesse um maior divertimento e troca de informações na comunidade. Assim, abrimos um palco para a apresentação de grupos artísticos do bairro – todos que se apresentaram eram grupos da comunidade. Houve grupos de dançarinos, capoeiras, um coral da Igreja Batista, outros cantores, grupos de rock, todos convivendo bem. A decisão de puxar a noção de

pluralidade e da possibilidade de participação de todos nesse mesmo espaço promoveu uma integração muito positiva.

O maior contratempo da feira foram as represálias aos agentes comunitários. Estes foram os nossos divulgadores da feira, distribuíram informações e cartazes sobre a feira, falaram com as pessoas, trouxeram-nas para as reuniões, convenceram grupos de idosos, de plantas medicinais e de capoeira a participar. Foram eles (melhor, sobretudo, elas) que sabiam quem fazia algum trabalho em benefício da comunidade. Recrutavam outros para ajudar. Os agentes comunitários foram importantes dentro do bairro e o Distrito Sanitário tinha seu trabalho em diversas campanhas que estavam em andamento, inclusive com um estande sobre saúde bucal. Mas os agentes comunitários são moradores do bairro e, nessa feira, ficou evidente aquela ambigüidade que enfrentam porque a diretora do Distrito Sanitário insistiu para que todas as agentes comunitárias apresentassem o que estivesse sendo feito pela Secretaria de Saúde. Mas eles, enquanto membros da comunidade, estavam envolvidos em grupos, como o de comidas naturais, e foram proibidos de apresentar as coisas que estavam fazendo na comunidade. A administração do programa de PACS-PSF orientou os agentes comunitários sobre o que poderiam e sobre o que não poderiam fazer. Não podiam apresentar as plantas medicinais porque esse tipo de produto não tem legitimação, credibilidade, comprovação de sua ação por instâncias formais de legitimação sanitária. Proibiram a participação dos agentes nessa apresentação, ficando para outros membros da comunidade montar e participar no seu estande.

Já na segunda feira de saúde, com uma nova administração, foi possível negociar para os agentes comunitários terem metade do espaço deles como comunidade e outra metade como agentes comunitários. Com o apoio da universidade, promovemos um trabalho conjunto entre as associações, os agentes, a comunidade, o Distrito Sanitário, que, desta vez, mostrou-se mais aberto à pluralidade. É interessante como esta feira terminou por desvendar a ambigüidade da situação do agente comunitário. Ele está sendo a peça esquecida na melhoria da implantação do PSF. As equipes de PSF estão fazendo um trabalho onde os agentes comunitários são os braços e a extensão do médico e do enfermeiro na comunidade. Antigamente, eram os agentes que lidavam com as questões de saúde, centralizava tudo numa enfermeira que não tinha capacidade de ser enfermeira porque, pelo volume de trabalho, virava burocrata. Mas ela tinha que veicular as demandas da comunidade e entender os agentes. Pelo fechamento da área de saúde, os agentes estão sendo desautorizados a transmitir suas idéias à comunidade, que não são frutos de uma formação profissional na área de saúde, mas apenas representam os serviços governamentais.

Tem uma enorme expectativa no Ibura em relação às feiras, que realizamos de dois em dois anos. A tendência é de crescer. A Hemope, que na primeira feira teve receio de coletar sangue na comunidade, na segunda montou um esquema de coleta durante o evento. Ouvimos muitos comentários como, “É ótimo ter a feira. É uma atividade ótima para as nossas crianças que nunca mais tiveram um dia tão divertido como esse”. Decidimos que a feira será itinerante. Cada vez vai pra outra comunidade no bairro e isto modifica os grupos que colaboram na organização. Também estimula grupos diferentes para participar. Quando realizamos a feira numa comunidade que beira o aeroporto, a INFRAERO disse: “A gente vai participar porque a gente quer que eles aprendam noções sobre meio ambiente. Para eles não deixarem lixo na comunidade, porque lixo atrai urubu, urubu voa e entra no motor do avião e o derruba. Isso é ruim pra comunidade. A gente quer que eles aprendam sobre a relação entre meio ambiente e saúde”.

Pegamos pedaços, fragmentos das questões sobre saúde que vêm da comunidade, dos programas de saúde, das áreas prediletas de ONGs e de nossa orientação enquanto pesquisadores. Aproveitamos para apresentar o que estamos fazendo, para estimular discussões e entrevistas sobre saúde reprodutiva. Assim, a nossa barraca apresenta os resultados das pesquisas do nosso núcleo, FAGES, ao mesmo tempo que se levantam novas informações durante a feira. Fazemos questão de realizar o evento apenas de dois em dois anos porque é um trabalho grande. Isto apesar dos inúmeros apelos de comunitários de outros locais que sugerem, durante o evento, que na outra semana devemos fazer outra feira na sua comunidade!

Mas organizar este evento está servindo para derrubar alguns desses bloqueios na transmissão de informações, permitindo que a comunicação entre profissionais de saúde, cientistas sociais e comunidade seja, pelo menos ligeiramente, melhorada. Há uma convergência aqui entre o nosso código de ética em antropologia de, minimamente, não prejudicar as populações pesquisadas, beneficiando-as quando possível e o juramento Hipocrático dos que atendem à saúde da população. Não transpomos as barreiras da multiplicidade de linguagens, mas realizamos uma escolha política de criar espaços favoráveis para estimular uma comunicação polifônica que borra distinções excludentes sem desprezar as fronteiras saudáveis da diversidade.

Notas

¹ O seminário sobre o assunto teve o subtítulo de “as alternativas no Recife”, refletindo a especificidade territorial do encontro.

² “Unidades Domésticas, Gênero e Políticas Públicas” que recebeu a apoio da Fundação Ford para o trabalho de pesquisadores do grupo “A Família no Nordeste”, núcleo que formou a base para o atual Núcleo de Família, Gênero e Sexualidade (FAGES) da UFPE.

- ³ O relatório foi intitulado “Avaliação Social e Cultural de Saúde no Ibura” e o livro foi organizado por mim e publicado em 1996 (SCOTT, 1996b).
- ⁴ “Em busca de saúde” com o valioso apoio do setor Graphimagem do NUSP, trabalhando os nossos roteiros e entrevistas na edição e produção do filme.
- ⁵ “A primeira feira de saúde, Ibura em busca de saúde” também com o apoio da Graphimagem do NUSP.

Referências

SCOTT, Russel Parry. Etnografia e avaliação social num projeto de saúde pública na periferia do Recife. *Revista Antropológicas*, Recife, ano 4, v. 9, Série Família e Gênero, p. 15-29, 1999.

_____. *Sistemas de cura: as alternativas do povo*. 1996. Dissertação (Mestrado em Antropologia)—Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 1996a.

_____. (Org.). *Saúde e pobreza no Recife: gênero, poder e representações de doença no bairro do Ibura*. Recife: NUSP: UFPE, 1996b.