

**REFLEXÕES SOBRE AS ESCOLHAS DAS FORMAS DE
CURA REALIZADAS POR MORADORES ATENDIDOS POR
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM CAMPINA
GRANDE - PB**

**Martha Priscila Bezerra Pereira &
Xisto Serafim de Santana de Souza Júnior**

Geografia da Universidade Federal de Campina Grande UFCG.
Rua Aprígio Veloso, 882, Bairro Universitário, 58429-900, Centro de Humanidades
{mpbcila, xtojunio}@yahoo.com.br

Recebido 12 de maio de 2015, aceito 15 de julho de 2015

RESUMO - O embate entre a medicina oficial e medicina popular no Brasil existe a partir do confronto entre pelo menos três grandes grupos com suas respectivas culturas: o europeu, o indígena sul-americano e o africano. Esse embate diluiu-se um pouco com a introdução das práticas alternativas, integrativas e complementares a partir da década de 1970, porém continuam os momentos de submissão e embates periódicos. Nesse ínterim, a população fica refém das decisões políticas, mas por outro lado, toma algumas decisões quando se trata de sua saúde ou da saúde de sua família. Desta forma, este trabalho tem por objetivo entender as escolhas de formas de cura realizadas por moradores atendidos por ACS no município de Campina Grande – PB. Para viabilizar este estudo utilizou-se das seguintes etapas: levantamento bibliográfico; levantamento documental; análise de resultados de pesquisas de Iniciação Científica locais. Como resultado principal percebe-se que a população passa a ter um posicionamento intermediário, realizando um verdadeiro sincretismo nas formas de cura.

Palavras-chave: Campina Grande, estratégia saúde da família, práticas integrativas e complementares.

ABSTRACT - The clash between the official medicine and folk medicine in Brazil exists from the confrontation between at least three large groups with their respective

cultures: European, South American Indian and African. This clash was diluted somewhat with the introduction of alternative practices, complementary and integrative from the 1970s, but remain the submission times on the periodic clashes. In the meantime, the population is hostage to political decisions, but on the other hand, takes some decisions when it comes to their health or the health of your family. Thus, this study aims to understand the healing ways of choices made by residents served by ACS in the city of Campina Grande – PB. To make this study we used the following steps: literature, documentary survey; analysis of research findings Scientific Initiation sites. The main result it is clear that the population is replaced by an intermediate position, performing a true syncretism in the forms of healing.

Keywords: Campina Grande, family health strategy, integrative and complementary practices.

INTRODUÇÃO

A arte de cuidar da saúde no Brasil teve início com as práticas de cura dos pajés entre os indígenas acrescidos às formas de cuidar européias e africanas de cuidados com a saúde após o século XVI. Em todo o período colonial essas práticas conviveram, seja de forma pacífica ou conflituosa, a depender dos interesses vigentes (Chaloub *et al.*, 2003).

A partir do século XIX, com a vinda da família real para o Brasil, a medicina científica passa a ser considerada a oficial, sendo as outras formas de cuidado com a saúde submissas ou mesmo entendidas como uma contravenção ou crime. No entanto, esta coibição não foi capaz de extinguir as várias artes de cuidar da saúde já existentes no Brasil (Chaloub *et al.*, 2003).

No século XX, a medicina científica foi norteadora da organização do Sistema de Saúde no Brasil, que se utilizou de vários modelos assistenciais, dentre eles destacaram-se o assistencial sanitarista, médico-assistencial privatista e

alternativos, gerando paisagens e territorialidades específicas (Pereira, 2011).

Percebe-se que apenas nas últimas décadas do século XX, com a emergência do paradigma da promoção da saúde ou paradigma da saúde (Luz, 2009), a arte de cuidar da saúde passou a ser considerada pelo Estado brasileiro em sua multiplicidade de influências. Uma de suas conseqüências foi a efetivação da política pública que inclui o Agente Comunitário de Saúde (ACS) como um elo entre o poder público e a comunidade. O ACS pré-existe a política, estando presente nas pastorais da saúde da igreja católica desde antes da década de 1970 (Cunha, 2008). No entanto, com a incorporação do paradigma da Promoção da Saúde passou a ter maior importância através da implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, seguida pelo Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, e que agora é denominada Estratégia Saúde da Família (ESF)¹.

De acordo com Cunha (2008) esses agentes de saúde possuem um perfil que se apresenta constituído de características que perpassam pelo menos quatro fases da história dos ACS: a) Antes da década de 1970, enquanto participante do processo de cura através da medicina popular; b) entre as décadas de 1970-80, como integrante de movimentos sociais; c) no início da década de 1990, em que os já voluntários foram aproveitados mediante cursos de capacitação para integrar-se nas políticas públicas então implantadas em relação ao PACS e PSF e; d) por fim, na década de 2000, momento em que são aproveitados os agentes de saúde que foram aprovados em concursos públicos no PACS e ESF.

1 De acordo com a Lei 11.350/2006, na ESF a obrigação do agente comunitário de saúde (ACS) consta de: a) elaborar diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade; b) promover ações de educação para a saúde individual e coletiva; c) contabilizar os nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde; d) estimular a participação da comunidade nas Políticas Públicas voltadas para a área da saúde e; e) participar em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida.

A observação dessas fases auxilia no entendimento de que o agente anterior à década de 1970 foi o grande influenciador da característica relacionada à busca de alternativas de cura tradicional, enquanto os mais jovens (após 2000), aprovados em concursos públicos, seriam os possíveis influenciadores da Medicina Alternativa, Integrativa ou Complementar, além de representarem a medicina científica oficialmente.

Com base neste quadro de referência, em que o agente comunitário de saúde atual age a partir dessas várias influências históricas? Como ocorre sua ação no território a partir de normas e hierarquias rígidas e um domínio conceitual misto entre o saber popular ou alternativo e o científico sobre a saúde? Como o morador escolhe suas formas de cura a partir das informações repassadas pelo ACS?

A busca por respostas a estas inquietações nos motivou ao desenvolvimento desse texto e sua submissão ao VII Simpósio Nacional de Geografia da Saúde, tendo como objetivo identificar as escolhas de formas de cura realizadas por moradores atendidos por ACS. Para isto, utilizamos como recorte territorial a cidade de Campina Grande (PB), por ser o espaço de atuação do Grupo de Pesquisa em Geografia para Promoção da Saúde.

No que diz respeito à forma de cuidar da saúde, alguns trabalhos nos dão pistas de que esse sincretismo de fato está presente no território brasileiro envolvendo os ACS de alguma maneira, são exemplos: Guimarães & Valla (2009) (terapia comunitária e medicina científica); Cunha (2008) e Pedrosa (2007) (medicina popular e científica); Guimarães *et al.* (2009), Fontana (2005) e Siqueira (2007) (tradições religiosas e medicina científica); Pinto (2006), Siqueira (2003) e Wessling (2007) (plantas medicinais e medicina científica). A partir desses exemplos, tem-se por hipótese que em Campina Grande os moradores também estão escolhendo formas de curas mistas, a depender da morbidade e da eficácia encontrada nas várias tentativas junto à Medicina Oficial.

PROCEDIMENTOS EXECUTADOS

Para viabilizar este estudo, optou-se pelos seguintes procedimentos: a) levantamento bibliográfico; b) análise de pesquisas de iniciação científica no município de Campina Grande e; c) levantamento documental.

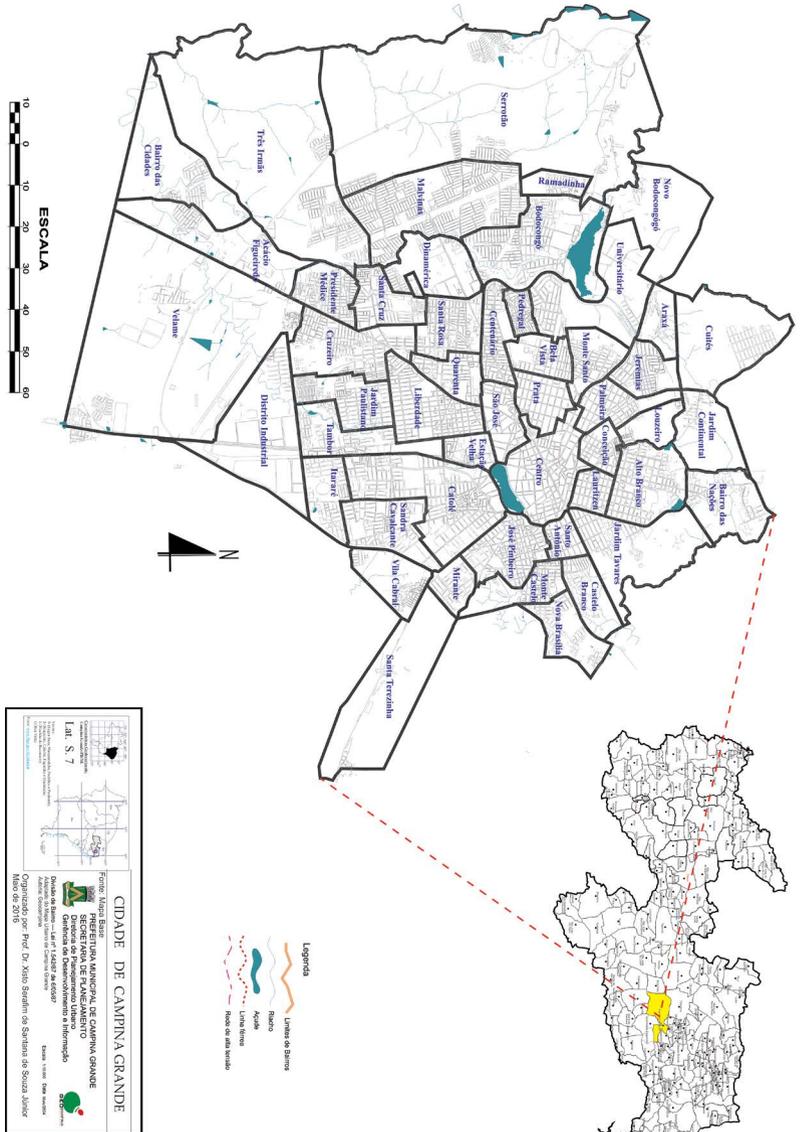
Como primeiro procedimento para este trabalho, resolveu-se fazer uma revisão da literatura para entender os tipos de ações que têm sido realizadas quanto à escolha dos tipos de cura nas áreas atendidas pelos ACS e com isso inferir os tipos de influência desse sujeito na comunidade trabalhada. A pesquisa bibliográfica ou de fontes secundárias, segundo Lakatos e Marconi (1991) seria a pesquisa sobre a literatura tornada pública em relação ao tema de estudo.

A revisão da literatura ou pesquisa de fontes secundárias em relação ao que está sendo discutido na atualidade foi efetivado a partir de uma busca no Google Acadêmico e nas Revistas “Hygeia” e “Trabalho, Educação e Saúde”, com as palavras-chave “Agente Comunitário de Saúde”, “Plantas Medicinais”, “Ervas Medicinais”, “Cura”, “Medicalização” e “Medicina Popular”. O termo “agente comunitário de saúde” foi indicado como chave para a pesquisa, sendo os outros avaliados como correlatos (Pereira, 2010b).

Além desta pesquisa sistemática, pesquisou-se sobre os principais conceitos utilizados durante a pesquisa, dentre eles território, multiterritorialidade, competência social, habilidades e comportamentos, sujeito social, sujeito coletivo e cultura.

Para isso foram escolhidas cinco pesquisas desenvolvidas entre 2010 e 2014 que foram realizadas em Campina Grande - PB (**Figura 1**) e que contribuíram direta e indiretamente para se entender as escolhas de variadas formas de cura, são elas: Sousa *et al.* (2011), Silva Filho (2013), Sousa & Pereira (2013), Sousa (2014) e Brito (2014) (**Quadro 1**).

Figura 1: Localização da cidade de Campina Grande - PB.



Quadro 1: Pesquisas que contribuem para o entendimento.

| TÍTULO | OBJETIVO | PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS | REFERÊNCIA |
|---|--|---|--------------------------------|
| Análise fitogeográfica das plantas medicinais comercializadas nas feiras livres de Campina Grande - PB, Brasil | Investigar quais plantas são mais comercializadas nas feiras livres de Campina Grande - PB para o tratamento das enfermidades | a) Aplicação de questionários junto aos feirantes que comercializam plantas medicinais; b) observação direta do trabalho destes feirantes | Sousa, Oliveira e Moura (2011) |
| Influências dos agentes de saúde no desenvolvimento de práticas socioterritoriais no espaço urbano de Campina Grande - PB | Analisar como as competências dos agentes de saúde influenciam no desenvolvimento de práticas socioterritoriais no espaço urbano de Campina Grande -PB | a) Trabalho de Campo exploratório; b) Treinamento em técnicas de coleta de dados e informações; c) Trabalho de campo realizado nas áreas de atuação dos agentes; d) Entrevistas com ACS e ACE mais antigos do município; e) Entrevista com grupo focal; f) Triangulação de métodos. | Silva Filho (2013) |
| A arte de cuidar da saúde: relação entre o morador e o ACS em Campina Grande - PB | Entender como está ocorrendo a relação entre ACS e o morador no que diz respeito à arte de cuidar da saúde na cidade de Campina Grande | a) Levantamento de referências; b) Levantamento documental; c) Aplicação de questionário junto aos moradores atendidos por ACS. | Sousa Pereira (2013) |
| A relação centralidade na estruturação urbana de Campina Grande- PB | Analisar as consequências espaciais do processo de descentralização dos objetos e funções do espaço urbano. | a) Levantamento bibliográfico; b) Aplicação de questionários junto à transeuntes; c) realização de entrevistas com representantes de segmentos sociais da cidade; | Brito (2014) |
| Um olhar sobre as práticas de cura em Campina Grande: moradores e agentes comunitários em busca de uma racionalidade alternativa em saúde | Entender as escolhas de formas de cura realizadas pelos moradores praticantes da medicina complementar atendidos por ACS em Campina Grande | a) Análise dos resultados da pesquisa PIBIC 2010-2013 (SOUSA e PEREIRA, 2013); b) realização de entrevistas com os agentes de saúde destacados na pesquisa supramencionada; c) espacialização dos resultados. | Sousa (2014) |

Fonte: Arquivo pessoal dos autores.

No que diz respeito ao levantamento documental, os mais importantes foram a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (Brasil, 2006) e Relatório de Gestão 2006/2010 (Brasil, 2011)

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com o apontado por Sousa (2014), há um sincretismo na forma da busca pela cura, sendo prioritariamente na área da medicina científica, tendo como outras formas de cura a medicina alternativa e complementar, com destaque para a fitoterapia, a homeopatia e a crença (católica, evangélica e espírita).

No que diz respeito à medicina científica, Campina Grande - PB é considerada um pólo regional de saúde por ser o segundo município com maior número de estabelecimentos de saúde no estado da Paraíba, apresentando uma centralidade na área da saúde (Brito, 2014). Esta autora ainda afirma que a população pesquisada apontou como principais ambientes que prestam serviços médicos e hospitalares os seguintes: Hospital Regional de Urgência e Emergência, Hospital Clipsi, Hospital Antônio Targino, Hospital de Emergência e Trauma, Hospital Universitário e Clínicas no Bairro da Prata. O total de estabelecimentos apontados se distribui pelos bairros do Centro, São José, Prata, Bodocongó, Malvinas, Centenário e Alto Branco (**Figura 2**).

Observando-se os dados do IBGE nos anos de 2005 e 2009 (BRASIL, 2005; 2009) quanto à quantidade de estabelecimentos, houve um aumento de 36,36% no período, tendo o setor privado se destacado neste aumento (aumento de 42,21%). Com relação aos leitos de internação, houve a diminuição de 25,94%, tendo maior diminuição para o privado (diminuição de 38,42%). No que diz respeito à quantidade de estabelecimentos de saúde com atendimento ambulatorial, houve um aumento de 36,53%, já no atendimento de Emergência houve a diminuição de 18,18% dos atendimentos (**Tabela 1**)

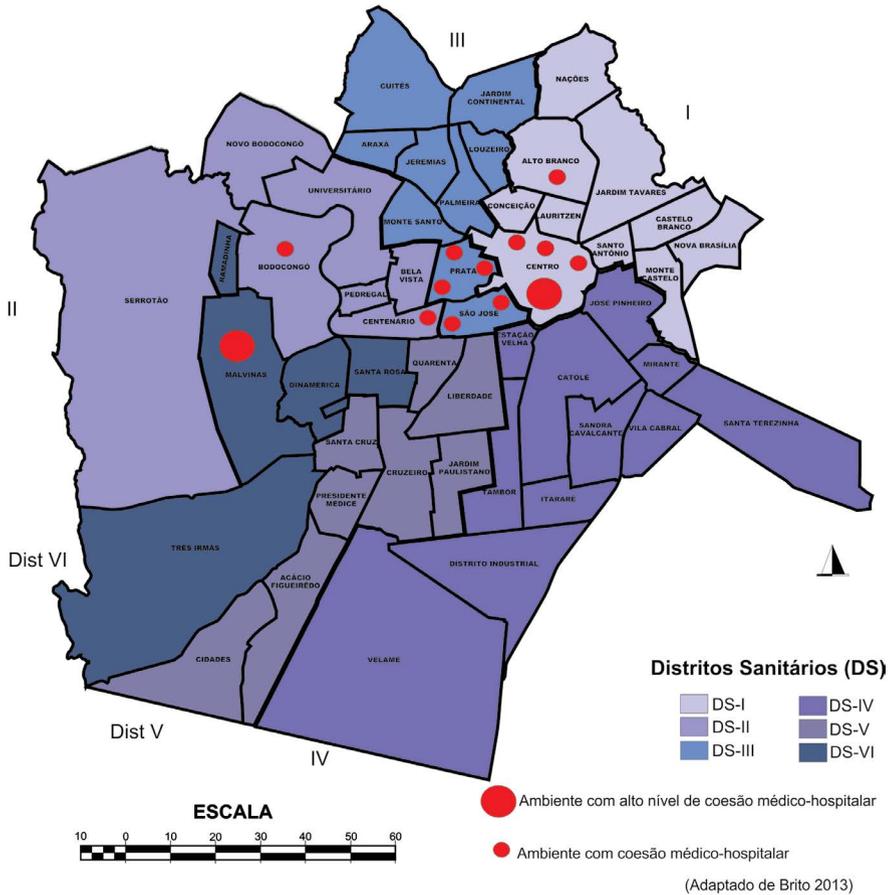


Figura 2: Centralidade médico-hospitalar de Campina Grande - PB (2012-2013).

Fonte: adaptado de Brito (2014, p. 56).

Tabela 1: Evolução da quantidade de serviços de saúde entre 2005 e 2009 em Campina Grande -PB.

| ITEM | | ESTABELECIMENTO DE SAÚDE | LEITOS PARA INTERNAÇÃO | ESTAB. DE SAÚDE COM ATEND. AMBULATORIAL | ESTAB. DE SAÚDE COM ATEND. DE EMERGÊNCIA |
|--------------|---------|--------------------------|------------------------|---|--|
| PÚBLICO | 2005 | 58 | 353 | - | - |
| | 2009 | 77 | 377 | - | - |
| PRIVADO | 2005 | 89 | 1.351 | - | - |
| | 2009 | 154 | 976 | - | - |
| TOTAL | 2005 | 147 | 1.704 | 99 | 13 |
| | 2009 | 231 | 1.353 | 156 | 11 |
| % DE AUMENTO | PÚBLICO | 24,67 | 6,37 | - | - |
| | PRIVADO | 42,21 | -38,42 | - | - |
| 2005-2009 | TOTAL | 36,36 | -25,94 | 36,53 | -18,18 |

Fonte: IBGE Cidades (Brasil, 2005; 2009).

Percebe-se que apesar da diminuição do número de leitos para internação, em termos do quantitativo de estabelecimentos de saúde, o setor privado lidera essa área, sendo um indício que o setor público não está sendo suficiente tanto em termos de quantidade quanto de especialidades e/ou que a população, por confiar mais no setor privado, pelo menos em termos gerais (não seria o caso para internação), tem patrocinado o aumento da quantidade desse tipo de estabelecimento.

A espacialização dos equipamentos hospitalares se concentra nos bairros do centro e próximos ao centro, com exceção do Hospital de Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, que está situado no bairro das Malvinas, periferia da

cidade. Quanto à Atenção Básica, há as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) presente em todos os Distritos Sanitários, a qual tem na figura dos ACS os principais articuladores entre o usuário e o tratamento. Além destes profissionais, há os Agentes de Combate à Endemias (ACE)² que auxiliam complementarmente à ESF (**Figura 3**). Desta forma, o acesso ao serviço de saúde através da medicina científica se torna facilitado devido a existência desses setores em vários níveis de Atenção à Saúde.

É justamente na prática desses agentes de saúde que se superpõem tipos de conhecimento quanto à forma de cura. Por um lado, recebem qualificação para prestar um diagnóstico preliminar que serve para cadastro e encaminhamento, por outro, parte desses ACS possuem um conhecimento tradicional adquirido a partir de experiência de vida, da herança familiar ou sofrem influência das práticas alternativas e complementares que foram difundidas durante o século XX em todo o país.

Neste caso, pode-se remeter a uma variedade de concepções de território a partir da perspectiva em que se observa o agente de saúde.

Quando se concebe o ACS como pertencente ao serviço de saúde, estaríamos entendendo o território na perspectiva jurídico-política a partir da concepção de Haesbaert (2004) em que se refere a um espaço delimitado e controlado por relações de poder, geralmente o poder do Estado, que busca organizar o território com determinada finalidade.

Entretanto, quando se observa o ACS como um sujeito social, percebe-se que as finalidades não são apenas do Estado, mas que são entendidas a partir da apropriação do território, da multiterritorialidade articulada ou desarticulada,

2 O Agente de Combate a Endemias (ACE) tem como obrigação exercer atividades de vigilância, prevenção e controle de doenças e promoção da saúde, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal (Pereira, 2008).

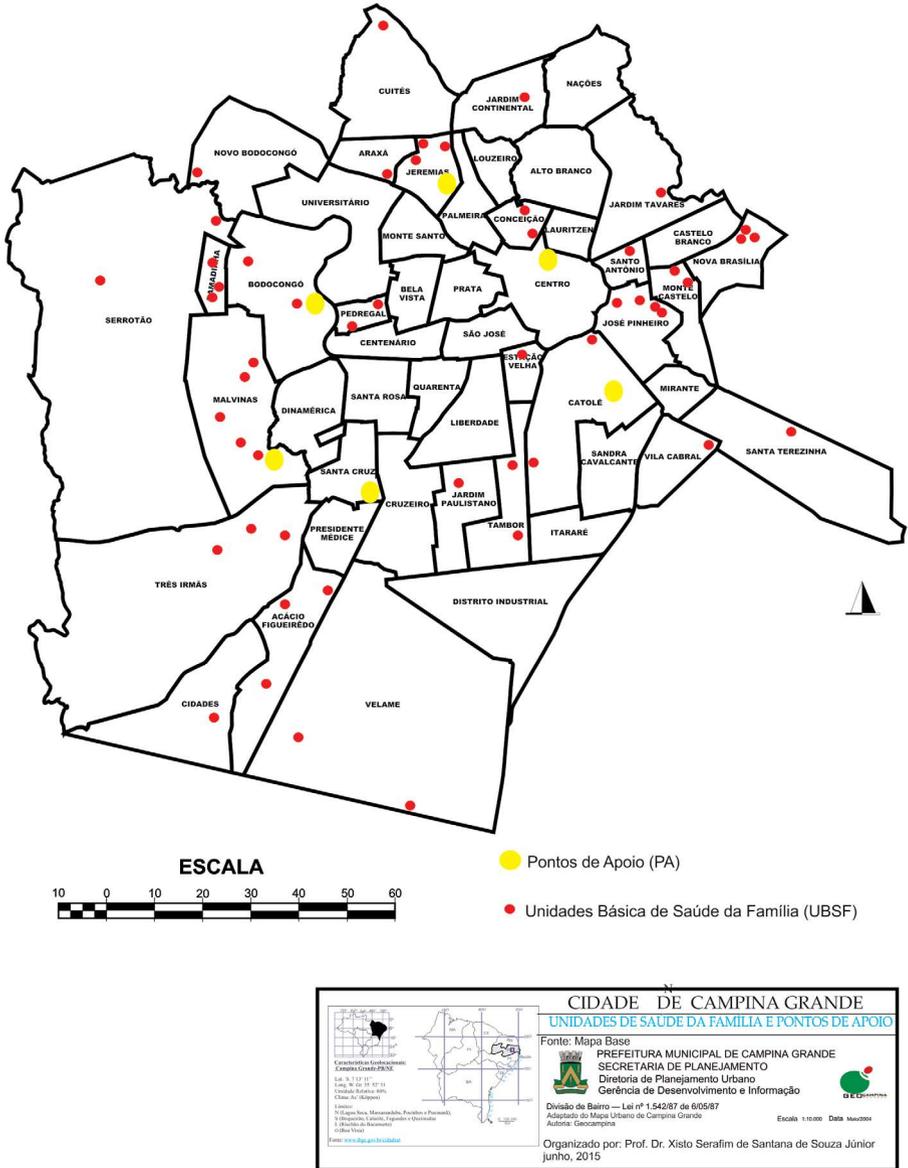


Figura 3: Localização das unidades básicas de saúde da família e pontos de apoio da vigilância ambiental em saúde em Campina Grande - PB (2012)

Fonte: Silva Filho (2013, p. 36)

como apresentadas em Pereira (2008; 2010a) e estão expostas nos parágrafos seguintes.

A apropriação do território é consequência das práticas cotidianas do sujeito em seu processo de trabalho nas quais há possibilidade de agir de forma intersetorial e, com isso, desenvolver uma multiterritorialidade articulada ou desarticulada.

As multiterritorialidades articuladas ocorrem quando se percebe que as ações no território, a partir de vários níveis escalares e da própria escala geográfica de observação convergem para um objetivo único ou similar.

As multiterritorialidades desarticuladas são observadas quando ocorrem ações no território, a partir de vários níveis escalares ou da própria escala de observação, que divergem de um objetivo único ou similar.

Diante deste quadro de referência, pode-se admitir que o ACS apropria-se do território para exercer mais de um tipo de territorialidade ao mesmo tempo, configurando-se uma multiterritorialidade como defendido por Haesbaert (2004), porém esta pode ser articulada ou desarticulada, conforme apresentado por Pereira (2008; 2010a).

No âmbito da atitude no sentido de curar, o agente de saúde estaria exercendo uma multiterritorialidade articulada, pois, estaria agindo com o mesmo objetivo do serviço de saúde. Entretanto, quanto a forma de difundir a educação em saúde, essa multiterritorialidade estaria sendo desarticulada, devido o sincretismo entre a medicina popular e científica, em que são recomendadas medicalizações de saberes diferenciados. Essa situação passa a uma multiterritorialidade articulada mais uma vez se a equipe se integra para agir em conjunto, respeitando as individualidades de cada ACS, da população atendida e das especificidades da medicina científica representada principalmente pelo médico e enfermeiro.

Essas informações demonstram também que as normas impostas ao território brasileiro desde o início do século XIX e reforçadas com o Relatório Flexner³ no ano de 1910 e seus desdobramentos, tem conseguido superar a cultura tradicional, e mesmo com a introdução de práticas alternativas e complementares na saúde, estas também são incipientes em relação à medicina científica.

Essa situação é comparável ao que Gramsci afirmou quando apresentou suas ideias sobre hegemonia e cultura em que defendia que a desigualdade social produzida no modo capitalista de produção estende-se à vida política e cultural, sendo o peso da opinião singular bem diferenciado, pois a depender de quem forma a opinião, passa a ter total poder de difusão, irradiação e persuasão e consegue agregar posicionamento de muitos, impondo seu posicionamento (Schelesener, 2007). No caso, o relatório Flexner, que apresentava um modelo tecnológico de saúde pública com base laboratorial, e que combinava com os interesses de corporações de capitalizar a saúde, teve sua ideia incorporada pela Fundação Rockefeller, que em 1914 o colocou como responsável para escolher uma proposta para servir de modelo para vários países do mundo (Almeida Filho, 1999). Como nos relembram Guimarães *et al.* (2014), essa medicina funda-se no modelo cartesiano, que, ao separar o homem da natureza, colocou o corpo como representado por uma máquina, devendo ser conhecido separadamente.

Considerando a população atendida pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da política pública Estratégia Saúde da Família (ESF), esta apresenta como escolha das formas de cura, além da medicina científica, as terapias alternativas e complementares como homeopatia, fitoterapia e fé. O município de Campina Grande é dividido em seis distritos sanitários para o setor saúde, e nesta pesquisa, a população residente nos distritos sanitários II e VI destacaram-se,

³ A publicação do Relatório Flexner, em 1910, introduziu a ideia da especialização médica que valoriza o ensino da arte médica por meio da individualização do paciente (Christensen & Barros, 2011).

sendo os bairros de Ramadinha, Malvinas e Bodocongó os que mais intensamente apresentaram essa escolha, dos quais Bodocongó e Malvinas (Sousa & Pereira, 2013; Sousa, 2014) se caracterizam pela grande concentração populacional.

Comparando-se esta informação com o Relatório de Gestão sobre Práticas Integrativas e Complementares no SUS (2006-2010) (Brasil, 2011), tendo como ano base o de 2010, no Brasil os serviços prestados eram principalmente relacionados à Medicina Tradicional Chinesa - MTC (Práticas Corporais/ Acupuntura/ outras terapias), Homeopatia e Fitoterapia, repetindo-se essa situação para a região nordeste (**Tabela 2**). De acordo com os resultados da pesquisa de Sousa e Pereira (2013) nenhuma das práticas relacionadas à MTC foram mencionadas nos questionários (**Figura 4**), apesar de se ter conhecimento empírico que existe o serviço no setor privado.

Tabela 2: Serviços prestados em práticas integrativas e complementares no Brasil em dezembro de 2010 por região do Brasil

| REGIÃO | MEDICINA TRADICIONAL CHINESA (MTC) | | | HOME OPATI A | FITOTER APIA | TERMAL ISMO/ CRENOT ERAPIA | MEDIC INA ANTR OPOSÓ FICA |
|------------------|---------------------------------------|----------------|------------------------------|--------------------|-----------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| | PRÁTICAS CORPORAI SDAMTC | ACUPUN TURA | OUTRAS TERAPIAS DA MTC | | | | |
| NORTE | 49 | 18 | 11 | 01 | 01 | 00 | 00 |
| NORDESTE | 254 | 74 | 25 | 07 | 02 | 00 | 00 |
| CENTRO- OESTE | 192 | 36 | 17 | 08 | 00 | 01 | 00 |
| SUDESTE | 948 | 401 | 249 | 98 | 10 | 20 | 08 |
| SUL | 114 | 100 | 72 | 18 | 14 | 01 | 01 |
| TOTAL | 1.557 | 629 | 374 | 132 | 27 | 22 | 09 |

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES. Dados adaptados de Brasil (2011).

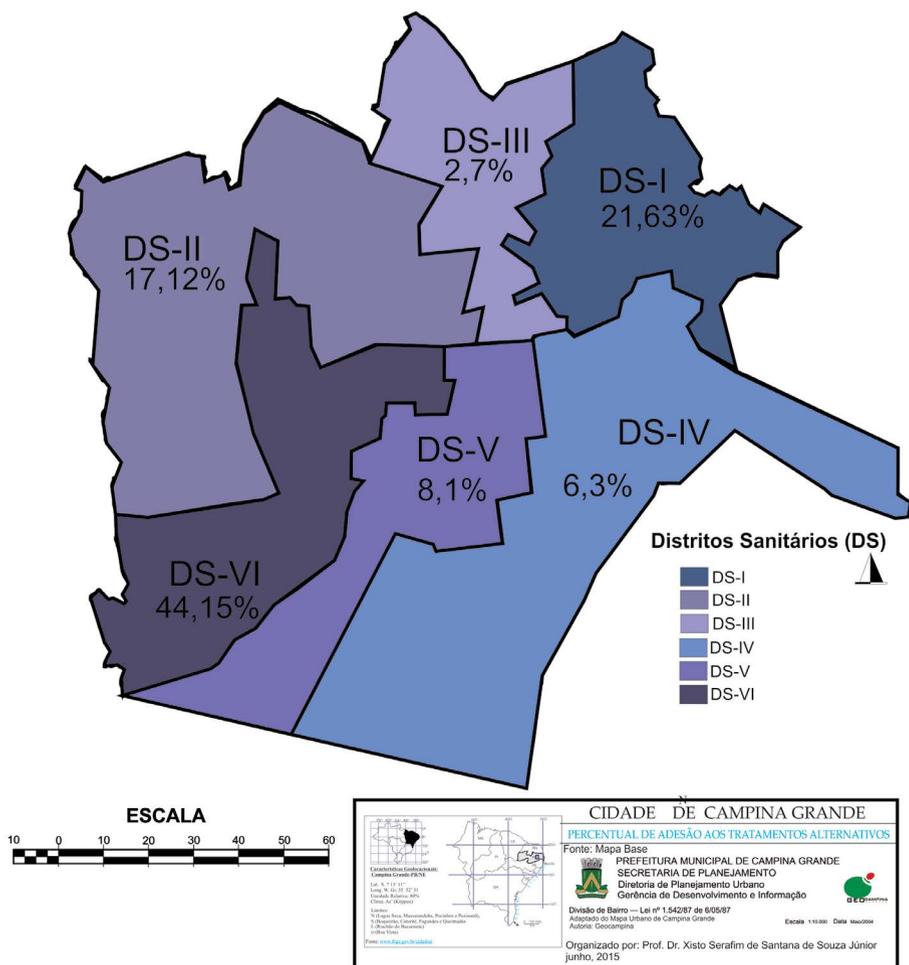


Figura 4: Adeptos a tratamentos alternativos (homeopatia, plantas medicinais e fê) por distrito sanitário em Campina Grande - PB (2013).

Fonte: Resultado dos questionários de Sousa & Pereira (2013) e adaptação do mapa de Sousa (2014, p. 43).

Com base no relatório de gestão sobre as práticas integrativas e complementares (Brasil, 2011) entende-se que essas práticas, apesar de se fazerem presentes no território brasileiro desde meados da década de 1970, só

foram absorvidas pelo Estado quando foram recomendadas pela Organização Mundial de Saúde. Desta forma, houve uma apropriação de ideias por parte do Estado Brasileiro, que as inseriu na legislação federal através da PNPIC (Brasil, 2006), mas apenas as regiões brasileiras que possuem um contexto propício, seguindo o pensamento de Lefebvre (2001) é que de fato se apropriaram, como foi possível observar na tabela 2 (supracitada).

Apesar da pouca representatividade prestada à Fitoterapia em nível nacional e regional no ano de 2010 enquanto serviços prestados, a pesquisa de Sousa, Oliveira & Moura (2011) demonstra que mesmo sem o serviço prestado, o conhecimento empírico da população faz essa área das práticas integrativas e complementares funcionar com representatividade em Campina Grande. Em todas as feiras livres estudadas os feirantes afirmaram ter sempre clientes e são variadas as ervas medicinais utilizadas. No entanto, um dos problemas apontados na pesquisa foi que a flora utilizada é principalmente exótica, apontando como indício que o Estado da Paraíba esteja carente de estudos etnofarmacológicos das plantas nativas e seus usos.

A pesquisa de Sousa, Oliveira & Moura (2011) evidencia o que Bauman (2012) apresenta como a batalha entre culturas: apesar de haver uma imposição, que é hegemônica através da medicina científica, esta resiste, seja pela necessidade financeira e/ou pelo conhecimento tradicional estar ainda arraigado na população campinense.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com as informações e correlações apresentadas ao longo do texto, pode-se observar que em Campina Grande, apesar do aumento evidenciado dos serviços de saúde no contexto da medicina científica, e no setor privado, há um sincretismo na forma da busca pela cura, sendo prioritariamente na

área da medicina científica e tendo como outras formas de cura a fitoterapia, a homeopatia e a crença. As duas primeiras consideradas como práticas integrativas e complementares.

No entanto, no cotidiano, observa-se que a cura pelas ervas medicinais está mais relacionada a um conhecimento tradicional de cura do que uma prática integrativa e complementar.

Os resultados encontrados a partir da superposição de pesquisas específicas apontam para a evidência de uma relação dialética no que se refere a participação do Estado uma vez que este, ao mesmo tempo em que considera a arte de cuidar em sua complexidade de influência continua ratificando a relevância da medicina científica no processo de qualificação profissional dos Agentes de Saúde.

Apesar da confirmação de resultados já obtidos por Pereira (2008) de que os agentes de saúde desenvolvem suas atividades a partir de competências e habilidades específicas dentre as quais se destaca a autonomia, as atuações desses agentes apresentam-se influenciadas ao período de início de suas atividades sendo os mais antigos favoráveis a medicina tradicional (conhecimento popular), os que iniciaram a atividade na década de 1990 mais influenciados pela medicina científica, ao tempo em que os mais jovens observam com naturalidade as práticas da medicina alternativa.

Finalmente, apesar do discurso da administração pública voltado para valorização da desconcentração dos serviços de saúde no município, conforme observado no mapa da espacialização das Unidades Básicas de Saúde, o qual surge com o objetivo de amenizar as demandas pelos equipamentos de coesão médico-hospitalares localizados na área central, os pontos de apoio dos ACE, além de serem restritos a uma unidade por Distrito Sanitário, estão concentrados próximo ao centro dificultando a troca de experiências entre os ACS e ACE.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA FILHO, N. de. (1999). Uma breve história da epidemiologia. In ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. (org.) Epidemiologia e saúde. MEDISI, Rio de Janeiro: p. 1-13.
- BAUMAN, Z. (2012). Ensaio sobre o conceito de cultura. Rio de Janeiro: Zahar.
- BRASIL. (2005; 2009). Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: FIBGE. (cidades).
- BRASIL. (2006). Política Nacional de Práticas Integrativas e complementares no SUS - PNPIC/ SUS. Brasília: Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Atenção Básica. 21p.
- BRASIL. (2011). Relatório de Gestão sobre Práticas Integrativas e Complementares no SUS - 2006-2010. Brasília: Ministério da Saúde/ Secretaria da Atenção à Saúde/ Departamento de Educação Básica/ Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e complementares. 44p.
- BRITO, L. R. de. (2014). A relação centro e centralidade na estruturação urbana de Campina Grande - PB. 65f. Monografia (Graduação em Geografia) – Unidade Acadêmica de Geografia, Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande.
- CHALOUB, S.; MARQUES, V. R. B.; SAMPAIO, G. dos R.; GALVÃO SOBRINHO, C. R. (2003). Artes e ofícios de curar no Brasil: capítulos de história social. Campinas: Ed. da UNICAMP.
- CHRISTENSEN, M. C.; BARROS, N. F. de. (2011). Práticas integrativas e complementares no ensino superior: revisão sistemática da literatura. In BARROS, N. F. de; SIEGEL, P.; OTANI, M. A. P. (org.) O ensino das Práticas Integrativas Complementares: experiências e percepções. HUCITEC, São Paulo: p. 29-44.
- CUNHA, M. B. da (2008). Uma colcha de retalhos, nos traçados de vida e trabalho: o processo de constituição de agentes comunitárias em favelas do Rio de Janeiro. In:

- Encontro de História Anpuh-Rio, 13., 2008. Rio de Janeiro: Anpuh. Anais... p. 1-10.
- FONTANA, M. I. (2005). Itinerários de cura e cuidado: um estudo das representações sociais dos conceitos de saúde e doença na família. 107f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho) – Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI.
- GUIMARÃES, M. B. L.; VALLA, V. V. (2009). Terapia comunitária como expressão de educação popular: um olhar a partir dos encontros com agentes comunitários de saúde. In: <http://32reuniao.anped.org.br/arquivos/trabalhos/GT06-5115--Int.pdf>
- GUIMARÃES, M. B. L.; VALLA, V. V.; LACERDA, A. (2009). As redes de apoio social constituídas por pastores e agentes comunitários de saúde evangélicos no âmbito do cuidado e atenção à saúde da população. *Religião e Saúde*, v. 4, n. 16, p. 1-8.
- GUIMARÃES, R. B.; PICKENHAYN, J. A.; LIMA, S. do C. (2014). Geografia e saúde sem fronteiras. Uberlândia: Assis.
- HAESBAERT, R. (2004). O mito da desterritorialização. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. (1991). Fundamentos de metodologia científica. 3. ed. São Paulo: Atlas.
- LEFEBVRE, H. (2001). O direito à cidade. São Paulo: Centauro.
- LUZ, M. T. (2009). É a promoção da saúde um novo paradigma? In LUZ, M. T. *Ordem social, instituições e políticas de saúde no Brasil: textos reunidos*. CEPESC - IMS/ UERJ, Rio de Janeiro: p. 217-225.
- PEDROSA, J. I. dos S. (2007). Cultura popular e identificação comunitária: práticas populares no cuidado à saúde. In MARTINS, C. M. (org.) *Educação profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde*. Fiocruz, Rio de Janeiro: p. 70-100.
- PEREIRA, M. P. B. (2001). Comunidades pobres urbanas da cidade do Recife e Políticas Públicas: como a interação das ações do governo e práticas cotidianas da comunidade

- está viabilizando uma melhoria das condições de saúde. 108f. Dissertação (Programa de Mestrado em Geografia) – Departamento de Geografia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife.
- PEREIRA, M. P. B. (2008). Conhecimento geográfico do agente de saúde: competências e práticas sociais de promoção e vigilância à saúde na cidade do Recife - PE. 255f. Tese (Doutorado em Geografia) – Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Estadual Paulista, Presidente Prudente.
- PEREIRA, M. P. B. (2010a). Conhecimento geográfico para a Promoção da Saúde. *Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, v. 6, n. 10, p. 77-88.
- PEREIRA, M. P. B. (2010b). Medicalização na área adscrita pela Estratégia Saúde da Família: entre as normas e o conhecimento popular. In: Encontro Paraibano de Geografia, 4., 2010. Campina Grande: UEPB. Anais... p. 546-555.
- PEREIRA, M. P. B. (2011). Competências e práticas sociais de promoção e vigilância à saúde na cidade do Recife: o agente de saúde em foco. São Paulo: Scortecci Editora.
- PINTO, L. do N. (2006). Plantas medicinais utilizadas por comunidades do município de Igarapé-Miri - PA. 112f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará, Belém.
- SCHLESENER, A. H. (2007). Hegemonia e cultura. 3. ed. Curitiba: Ed. UFPR.
- SILVA FILHO, A. P. C. da (2013). Influências dos agentes de saúde no desenvolvimento de práticas socioterritoriais no espaço urbano de Campina Grande. 82f. Monografia (Graduação em Geografia) – Unidade Acadêmica de Geografia, Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande.
- SIQUEIRA, T. C. de A. (2003). Da gestação ao resguardo: a fala social de Agentes de Saúde de um Assentamento do MST em Alagoas, Nordeste do Brasil. 147f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

- SIQUEIRA, V. L. (2007). Razão e fé: estudo do grupo de oração como prática complementar na Promoção à Saúde. 81f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
- SOUSA, V. da S. (2014). Um olhar sobre as práticas de cura em Campina Grande: moradores e agentes comunitários em busca de uma racionalidade alternativa em saúde. 53f. Monografia (Graduação em Geografia) – Unidade Acadêmica de Geografia, Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande.
- SOUSA, V. da S.; OLIVEIRA, E. R. de; MOURA, D. C. (2011). Análise fitogeográfica das plantas medicinais comercializadas nas feiras livres de Campina Grande, PB - Brasil. 10f. Iniciação Científica (PIVIC/CNPq/UFCG) – Unidade Acadêmica de Geografia, Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande.
- SOUSA, V. da S.; PEREIRA, M. P. B. (2013). A arte de cuidar da saúde: relação entre o morador e o ACS em Campina Grande - PB. 10f. Iniciação Científica (PIBIC/CNPq/UFCG) – Unidade Acadêmica de Geografia, Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande.
- WESSLING, L. (2007). A importância do patrimônio fitoterápico na vida dos camponeses que habitam a área rural de Blumenau. 113f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional) – Universidade Regional de Blumenau, Blumenau.