

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA POLÍTICA

*** SISTEMAS MÉDICOS OFICIAL, FAMILIAR E PARALELO:**

ESTUDO DE PERCEPÇÃO E COMPORTAMENTO EM RELAÇÃO AO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

EM UMA COMUNIDADE DE BAIXA RENDA *

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Sociologia Política da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção de grau de Mestre em Sociologia sob a orientação do Prof.Dr. Paulo Freire Vieira.

MARCIA GRISOTTI

Florianópolis, Novembro de 1992.

DEDICATÓRIA

"Às crianças que vivem no morro , para que elas nunca percam o brilho nos olhos e o sentimento tão carinhoso que emanam"

"There is no reason to doubt, of course, the ability of the scientific method to solve each of the specific problems of disease by discovering causes and remedial procedures...But solving problems of disease is not the same thing as creating health and happiness. This task demands a kind of wisdom and vision which transcends specialized knowledge of remedies and treatments and which apprehends in all their complexities and subtleties the relation between things and their total environment. Health and happiness are the expression of the manner in which the individual responds and adapts to the challenges that he meets in everyday life".

René Dubos, 1971

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA POLÍTICA

SISTEMAS MÉDICOS OFICIAL, FAMILIAR E PARALELO:

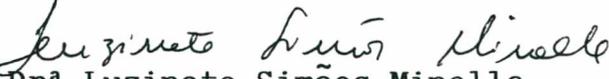
Estudo de Percepção e Comportamento em Relação ao Processo
Saúde-Doença em Comunidades de Baixa Renda

MÁRCIA GRISOTTI

Esta dissertação foi julgada e aprovada em sua forma final pelo Orientador e Membros da Banca Examinadora, composta pelos professores:


Prof.Dr. Paulo Freire Vieira
Orientador


Profª Drª Esther Jean Langdon
Membro


Profª Drª Luzinete Simões Minella
Membro

Florianópolis, 07 de dezembro de 1992.

AGRADECIMENTOS

A Paulo Freire Vieira, pela orientação, estímulo e visão de mundo compartilhada, e ainda, pelo profundo rigor com o qual produz e transmite o "conhecimento científico".

A Jean, pela amizade e orientação na área de antropologia médica.

Aos colegas e professores do Programa de Pós-graduação em Sociologia Política, pela experiência e conhecimentos transmitidos.

Aos entrevistados que, sempre dispostos, respondiam a todas as perguntas e muitas vezes, instigavam a novos questionamentos.

A Maricilda Girardi, pelo detalhamento cartográfico; Ademir Sader (Chico) e Janus Erzinger pela ajuda no registro fotográfico; e Roberto Carpes, pela ajuda na confecção das tabelas.

A meus pais, Rogério, Sílvio e Ana pelo apoio e carinho em vários momentos da elaboração desta dissertação.

Ao CNPq, pelo apoio financeiro.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
METODOLOGIA	9
Iª Parte: POLÍTICAS DE SAÚDE E SISTEMAS MÉDICOS	
CAP. 1. Saúde e qualidade de vida em países em desenvolvimento	15
1.1. Indicadores	15
1.2. Serviços de saúde	17
1.3. Os efeitos contraprodutivos da instituição médica	21
CAP. 2. Políticas de saúde no Brasil	31
2.1. Indicadores de saúde e qualidade de vida	32
2.2. Breve histórico da assistência médica no Brasil	37
2.3. O SUDS/SUS	48
2.3.1. Principais problemas	51
Cap. 3. Sistemas Médicos	62
3.1. Sistemas médicos: uma conceituação	63
3.2. Medicina popular: uma revisão de literatura	65
3.3. Sistemas médicos: oficial, familiar e paralelo	67

IIª PARTE: PERCEPÇÃO E COMPORTAMENTO EM RELAÇÃO AO PROCESSO SAÚDE-
DOENÇA EM COMUNIDADES DE BAIXA RENDA

CAP. 4. Aspectos descritivos da unidade de análise: "Monte Serrat"	76
4.1. Características ambientais e sanitárias	76
4.2. Características sócio-econômicas e culturais da população	80
CAP. 5. Percepção e comportamento em relação ao processo saúde- doença	95
5.1. Concepções de saúde-doença	95
5.2. Causas e medidas preventivas	108
5.3. Itinerário Terapêutico	123
CONSIDERAÇÕES FINAIS	149
BIBLIOGRAFIA	154
ANEXOS	164

ABSTRACT

In spite of the hegemony of the official medical system, it remains inaccessible to over 1/3 of the Brazilian population, not withstanding the universal right of medical assistance for every citizen in which ever area of the health service offered by the state (SUS proposal) a significant number of the population can find, through heterogeneous and even antagonistic medical and religious channels, alternative methods of treatment.

In search of an explanation for this, the lack of financial resources is only one aspect of the problem (mainly because the official medical assistance is free -SUDS). On the other hand, if we start with the hypothesis that the efficacy criteria of alternative medicine can be understood not only from a technical or symptomatic point of view, but also because they are linked to the patient's different perceptions about the body, health and disease which vary according to age, gender, lifestyle, gravity and frequency, and are mainly due to two other categories depending on the type of the disease, whether it be a "material or spiritual" one. This efficacy is also linked to the many ways of understanding the causes of the illness through community medical practices. They favour the intensification of links of integration and solidarity of people and groups around common social values.

The relationship between the three medical systems - official, familial and alternative - are not necessarily opposing or competing but complementary. Although, generally, medical knowledge is unquestioned, the practical conduct of its professionals is criticised expressly in the doctor-patient relationship, as well as the inability of the official system to "cure" certain illnesses, for example, the ones of spiritual origin.

The official medical system destined for the low-income sector, although clear in relation to the social-psychological and environmental conditions and the incidence of illness, is in practice relegated in favour of a type of treatment and "cure" purely symptomatic (through a wide consumption of drugs) that anul the autonomous capacity of individuals and groups to reflect the state of the health, conditions and lifestyles that are determining factors, in most cases, of the illnesses.

The efficacy of the creation of health policies depends, for this reason (besides the problems referring to the institutional and administrative system) of the improvement of the quality of the given services. These, in turn, depend on the re-evaluation of the environmental, economic and socio-cultural conditions in practice in specific communities as well as the actual needs, perceptions and behaviour about the health-sickness process of those who will be the recipients of such policies.

RESUMO

Apesar da hegemonia do sistema médico oficial, ele permanece inacessível a mais de 1/3 da população brasileira. Além disso, apesar do direito universal à assistência médica a qualquer cidadão e em qualquer serviço de saúde oferecido pelo Estado (proposta do SUDS), um número significativo da população vai encontrar, através de canais heterogêneos e até antagonistas de medicina e religião, formas alternativas de acesso e tratamento.

Na busca de explicações para este fato, cabe reconhecer, por um lado, que a falta de recursos econômicos constitui apenas um aspecto do problema (principalmente porque a assistência médica oficial é gratuita-SUDS). Por outro lado, partimos da hipótese de que os critérios de eficácia das medicinas paralelas podem ser entendidos não só do ponto de vista técnico ou sintomático, mas estão ligados às diferentes percepções das populações usuárias sobre o organismo, a saúde e a doença; as quais variam conforme idade, gênero, experiência cotidiana, gravidade, frequência e principalmente a 2 outras categorias referentes ao tipo de doença (se doenças "materiais ou espirituais"). Esta eficácia está ligada também às possibilidades de compreensão das causas das doenças através de práticas médicas comunitárias. Estas favorecem a intensificação de laços de integração e solidariedade de pessoas e grupos em torno de valores sociais comuns.

As relações entre os 3 sistemas médicos - oficial, familiar e paralelo-, não implicam em oposições ou concorrências mas em complementariedades. Embora, de maneira geral, não seja questionado o "conhecimento médico", é criticado a conduta prática de seus profissionais, expressos na relação médico-paciente, bem como a consideração de que o sistema oficial seja incapaz de "curar" certas doenças, como por exemplo, as de origem "espiritual".

O sistema médico oficial destinado às populações de baixa renda, embora tenham clareza quanto às relações entre as condições sócio-psicológicas e ambientais e a incidência de doenças, na prática estes fatores são relegados a favor de um tipo de tratamento e "cura" puramente sintomática (via amplo consumo de medicamentos) e que anula as capacidades autônomas de indivíduos e grupos em refletirem sobre seu estado de saúde, condições e estilos de vida que o cercam e que são os determinantes, na maioria das vezes, das situações de doenças.

A eficácia na implantação das políticas de saúde depende, por isso, além dos problemas referentes ao sistema institucional e administrativo, de uma melhoria da qualidade dos serviços prestados, que por sua vez, dependem do resgate das condições sócio-culturais, econômicas e ambientais vigentes em comunidades específicas, bem como as necessidades, percepções e comportamentos efetivos acerca do processo saúde-doença daqueles que serão os usuários de tais políticas.

INTRODUÇÃO

As causas da problemática de saúde são múltiplas; elas podem ser encontradas não só a partir da análise das instituições médicas e das políticas setoriais de saúde, mas fundamentalmente como parte da crise do modelo de desenvolvimento.

Esta crise se reflete em países em desenvolvimento através da adoção de modelos unidimensionais que consideram uma variável isolada (principalmente a econômica) em detrimento de outras variáveis - culturais, políticas, biológicas, ambientais... (Bunge, 1980). A não-integração destas variáveis tende a acarretar repercussões adversas aos objetivos propostos além de seus efeitos "contra-intuitivos". Segundo VIEIRA (1989), estes ocorrem em situações onde não se torna possível mudar um fator sem que haja repercussões não-intencionais num conjunto de outros.

Ao mesmo tempo, a ênfase colocada na carência de recursos precisa ser revisada, na medida em que se reconhece como importante a utilização inadequada e/ou subutilização dos recursos potenciais internos (sócio-culturais, tecnológicos e ambientais) existente em cada país ou região. (Sigal, 1979). A subnutrição e as precárias condições de saúde não são sempre consequências de um fraco desenvolvimento econômico, mas antes de um padrão de crescimento desequilibrado e caracterizado pela irracionalidade na distribuição de recursos escassos.

Entre os diversos fatores que influem nas falhas na implantação de políticas de desenvolvimento destaca-se o fato de os planos não levarem em conta as necessidades e experiências da comunidade, suas esperanças e atitudes culturais - o que tem gerado consequências desastrosas para as condições de vida de seus habitantes e para o meio ambiente. No caso do setor saúde, é importante enfatizar a fragilidade dos indicadores existentes, pois não levam em conta os aspectos não-tangíveis (por exemplo, a percepção do processo saúde-doença) que possuem alta relevância no processo de planejamento e implantação de políticas alternativas.

A análise de pesquisas realizadas em diferentes países da Ásia, África e América Latina tem permitido reconhecer a multiplicidade de usos terapêuticos e a recorrência a distintas fontes de tratamento por parte da população. A maioria dos autores assinalam que uma significativa maioria (70-80%) dos episódios de doenças informadas costuma ser tratada fora dos sistemas de atendimento oficial. Isto se dá, seja recorrendo a outros sistemas médicos, por exemplo, as medicinas paralelas, seja através da auto-medicação, ou simplesmente não tomando iniciativa nem ação deliberada para modificar a situação. Além do mais, como demonstra Pedersen (1989), do total de pacientes que inicia o tratamento médico, a metade interrompe ou abandona o tratamento antes do tempo indicado pelo médico.

No caso brasileiro, como veremos, esse fato não significa uma rejeição da medicina oficial, mas uma abertura a alternativas num horizonte de complementariedade. Apesar da medicina oficial se impor a

todos grupos sociais como sistema dominante, ela continua inacessível a mais de 1/3 da população brasileira (Loyola, 1984; Thébaud/Lert, 1987; Costa, 1980; Buchillet, 1991). Além disso, apesar da decretação do direito universal à assistência médica a qualquer cidadão e em qualquer serviço de saúde oferecido pelo Estado (proposta do SUDS) um número significativo da população vai encontrar através de canais heterogêneos e até antagonistas de medicina e religião formas de acesso e tratamento.

Em contraste, diante dos impasses que cercam a formulação de políticas sanitárias e de saúde, principalmente na área de prevenção, (cujos resultados se expressam na alta incidência de grandes endemias e nas taxas elevadas de morbi-mortalidade infantil), há mais de 10 anos a O.M.S. tem tentado reorientar suas diretrizes na busca de soluções alternativas melhor adaptadas às realidades locais dos países em desenvolvimento e, capazes de desvelar o caráter imposto e exôgeno dos sistemas oficiais. Para tanto, tenta-se revalorizar os conhecimentos e práticas acumuladas pelas medicinas tradicionais, ampliando-se o raio de ação dos serviços para-médicos.

Apesar desta orientação não estar isenta de preconceitos etnocêntricos e não demonstrar clareza quanto a sua viabilidade concreta, como sugere alguns autores da antropologia médica, já existe algum tipo de integração entre a medicina oficial e paralela. Na medicina oficial convive sem contradições a teoria dos germes e as crenças, por exemplo, sobre os efeitos negativos de certos alimentos, a introdução de parteiras da comunidade dentro do sistema oficial e ainda o uso de

muitas plantas da taxonomia indo-americana (apesar de seu potencial para pesquisas etnobotânicas e farmacológicas, permanecerem ainda subutilizados). Na medicina popular, por sua vez, o consumo de ervas medicinais integra-se ao consumo de medicamentos.

De qualquer forma, além dessas experiências permanecerem isoladas e não contarem com o interesse efetivo de governantes e planejadores, as políticas de saúde continuam a desconsiderar: 1) as condições sócio-culturais, econômicas e ambientais vigentes em comunidades específicas, com ênfase para as necessidades, percepções e comportamentos efetivos acerca do processo saúde-doença daqueles que serão os usuários de tais políticas e, 2) a necessidade e as possibilidades de reforçar as práticas alternativas (paralelas) com vistas a criação de sistemas médicos mais pluralistas.

Por isso, diante do processo de reformulação da política de saúde à nível governamental, através do SUDS rumo à Reforma Sanitária e do potencial que existe em termos de autonomia comunitária no que se refere a percepção e práticas de saúde, há necessidade de estudos diagnósticos que precisem a dinâmica destas percepções/comportamentos em comunidades específicas tanto do ponto de vista da medicina familiar e paralela quanto de sua relação com as políticas oficiais de saúde com vistas à formulação de estudos de viabilidade para a proposta de descentralização no quadro da medicina comunitária. Ou seja, como as populações de baixa renda se relacionam com outras possibilidades de cura? Como é exercida a medicina familiar? Como ela se relacio-

na com o sistema oficial de saúde (via posto de saúde local) e/ou com os sistemas paralelos de cura? E em que sentido este estudo diagnóstico poderia contribuir para o processo de dinamização do SUDS no contexto da medicina comunitária?

Reconhecendo esta demanda, o presente trabalho expressa os resultados de uma pesquisa que objetivou diagnosticar: a) a percepção do processo saúde-doença, e b) padrões de práticas familiares de automedicação e sua relação com o sistema oficial de cura (via posto de saúde) e/ou com os sistemas paralelos de cura, numa comunidade urbana de baixa renda na região de Florianópolis, extrapolando sugestões visando o aconselhamento científico às iniciativas de implementação do SUDS em Florianópolis.

A nível teórico, buscou-se contribuir para o fortalecimento de um padrão de trabalho acadêmico visando o equacionamento de problemas concretos ligados à formulação e implantação de políticas de desenvolvimento urbano e rural. Além disso, o estudo de indicadores de qualidade de vida, das políticas e dos serviços de saúde juntamente com estudos sobre percepção e comportamentos do processo saúde-doença em comunidades específicas está relacionado com a intenção de reunir contribuições de diferentes áreas de especialização acadêmica: ecologia humana, antropologia e sociologia médicas.

À nível sócio-político o estudo legitima-se devido à precariedade que caracteriza as ofertas da rede pública no setor, no que se refere a sua qualidade e acesso, tanto em Florianópolis como em todo o país.

A finalidade prática deste tipo de pesquisa é evidente na medida em que a apreensão do caráter interdependente de percepções (hábitos, crenças), comportamentos (itinerário terapêutico), qualidade de vida e ambiental e doenças específicas pode ter consequências práticas para o planejamento de futuros programas de desenvolvimento.

Para entendermos a dinâmica das políticas de saúde no Brasil (seu histórico e tendências atuais) bem como as razões da procura pelo atendimento médico oferecido pelas diferentes medicinas paralelas (mesmo quando os serviços públicos de saúde são oferecidos gratuitamente) dividimos a dissertação da seguinte forma: a 1ª Parte) Políticas de saúde e Sistemas médicos, subdividida em três capítulos e, a 2ª Parte), Percepção e comportamento em relação ao processo saúde-doença numa comunidade de baixa renda, subdividida em dois capítulos.

No capítulo 1, a luz do enfoque da ecologia humana e do eco-desenvolvimento (adaptados a esta problemática) elaboramos um diagnóstico sumário da situação de saúde em países em desenvolvimento, a partir de 3 níveis: análise dos indicadores de saúde e qualidade de vida, a crítica à situação dos serviços de saúde (encarregados de "controlar" as doenças, sem conexão com outros tipos de serviços tão essenciais para se atingir as causas estruturais das doenças) e a noção de saúde-doença preconizada pelas instituições médicas oficiais. É preciso salientar que este último nível não contempla uma análise do ponto de vista da ciência médica, mas dos impactos sócio-culturais da aplicação do conhecimento médico, em especial nos serviços públicos. Ainda

neste nível, buscamos delinear as relações entre saúde, doença, cultura e meio ambiente;

No capítulo 2, procuramos demonstrar que a eficácia na implantação das políticas de saúde depende basicamente, (além das questões ligadas à reforma administrativa do setor ou à extensão na cobertura e acesso) da melhoria na qualidade dos serviços oferecidos. E esta qualidade está relacionada com o resgate das necessidades, experiências e percepções das comunidades específicas em relação ao processo saúde-doença e das relações humanas estabelecidas entre o sistema médico oficial e a comunidade, especialmente a relação médico-paciente. Nesse sentido, apresentamos uma breve descrição histórica sobre a assistência médica no Brasil, especialmente a partir de 64, bem como uma análise das tendências atuais do sistema de saúde a partir de sua reformulação via SUDS/SUS que ao nosso ver, apesar dos entraves existentes, oferece algumas brechas para prospecção de cenários alternativos para o setor;

No capítulo 3 introduzimos, da perspectiva da antropologia médica, a problemática da lógica dos sistemas médicos que, à princípio são entendidos como produções culturais. Focalizamos também a questão ligada à eficácia das curas paralelas no processo saúde-doença. Partimos da hipótese de que os critérios de eficácia podem ser entendidos não só do ponto de vista técnico ou sintomático, estando ligados também às possibilidades de compreensão das causas das doenças através de práticas comunitárias. Estas favorecem a intensificação dos laços de integração e solidariedade de pessoas e grupos em torno de valores sociais comuns;

No capítulo 4, apresentamos aspectos descritivos da unidade de análise, abrangendo desde as características ambientais e sanitárias até características sócio-econômicas e culturais da população (que incluem dados referentes a alimentação, procedência dos moradores, características da população, renda, nível de instrução, redes sociais, associação comunitária...)

Finalmente no capítulo 5, apresentamos os dados obtidos através de questionários e entrevistas abertas sobre concepções de saúde-doença, causas, medidas preventivas e itinerário terapêutico relacionados aos 3 tipos de sistemas médicos - oficial, familiar e paralelo e suas relações entre si (que a princípio não são excludentes mas complementares). Estas representações variam conforme idade, gênero, experiência cotidiana, gravidade, frequência e principalmente a 2 outras categorias referentes ao tipo de doença (se doenças "materiais ou espirituais"), que serão detalhadas no item "itinerário terapêutico". Este capítulo possibilita aos médicos e planejadores de políticas de saúde, entenderem melhor as percepções e necessidades da população usuária do sistema, bem como entender a extrema fragilidade do sistema médico oficial na pretensão de "curar" certos males que estão ligados a condições e estilos de vida - indicadores tão essenciais na determinação do processo saúde-doença e que são, por eles mesmos, negligenciados.

METODOLOGIA

Para atingir tais objetivos, optamos por realizar um estudo de caso, numa comunidade de baixa renda na região central de Florianópolis, com uma amostragem de 30 famílias.

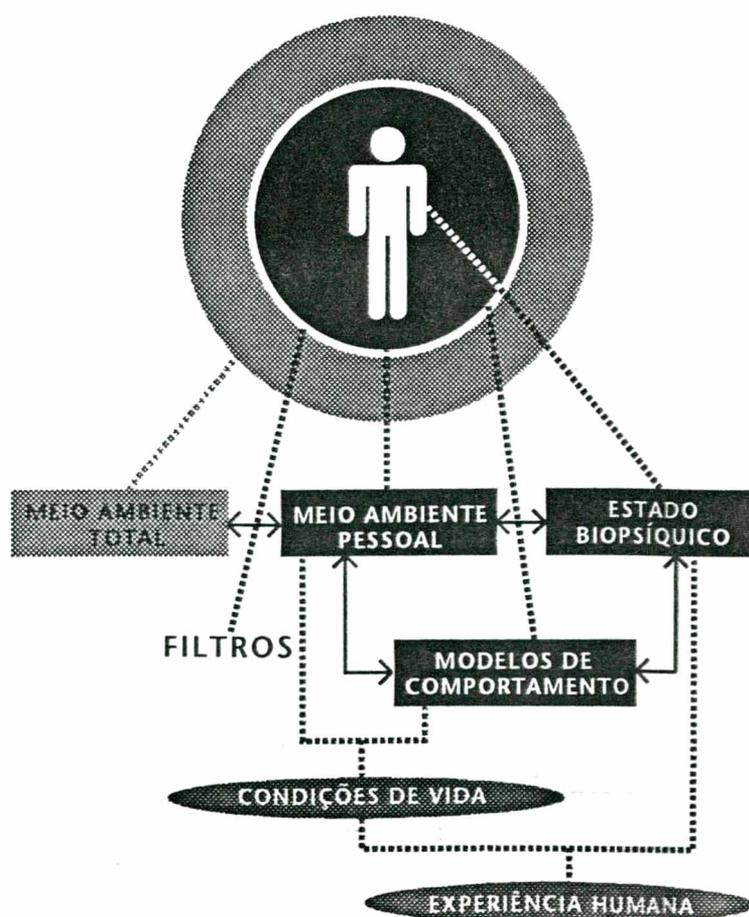
O desenvolvimento da pesquisa envolveu 2 fases: 1) janeiro à maio/1990, onde foram aplicados questionários às famílias, líderes da comunidade, médicos/atendentes do posto de saúde e aos praticantes de diversas medicinas paralelas (questionários- vide anexo) 2) setembro a dezembro/1990, onde as famílias foram revisitadas (algumas mais de 2 vezes) e questionadas novamente sobre representações ligadas ao passado bem como acompanhamento de alguns episódios de doenças.

As visitas domiciliares para aplicação do questionário e acompanhamento posterior duravam em média 2 horas e meia - horário extensivo às demais entrevistas.

Inicialmente foi aplicado um pré-teste, para adequar o questionário aos objetivos da pesquisa e para estabelecer um primeiro contato com a comunidade. No projeto inicial, tínhamos como proposta realizar uma amostragem selecionada tendo como guia uma atendente do posto de saúde local. Esta nos apresentou a cinco famílias às quais seria aplicado o pré-teste. Quando indagadas sobre a procura por medicinas paralelas, muitas mães mostraram-se receosas de emitir um parecer a respeito tendendo a admitir que não as procuravam. Entendemos que se tratava de uma associação entre a pesquisadora e o posto de saúde: depois de reforçar nossa "desconexão" com o posto de saúde, uma dessas

dos indivíduos". Isto quer dizer, que reconhece 2 orientações distintas como: o Ambiente total e a Experiência Humana. A orientação deste último baseia-se na compreensão do fato de que:

"dentro del medio ambiente integral existe una gran cantidad de individuos, y que cada uno de ellos, siente su medio ambiente personal, se comporta de una manera especial y existe dentro de cierto estado biológico y psicológico, ou biosíquico(...).Este último incluye por ejemplo, su altura, color del cabello, características fisiológicas, conocimientos, valores, capacidad mental, estado de ánimo y sentimientos. Por lo tanto, todos los componentes de la salud y el bienestar forman parte del estado biosíquico. M.A.B. (1981).



mães demonstrou, numa 2ª fase de entrevistas uma procura a centros de umbanda existentes na comunidade.

Apartir daí, optou-se por escolher aleatoriamente as famílias - sem interferência da atendente do posto de saúde e líderes da comunidade... Selecionamos apenas os 7 nomes dos setores internos (ruas principais e suas derivações) para evitarmos nos concentrar num ponto específico.

Procuramos adotar uma técnica de análise baseado no enfoque da ecologia humana e da antropologia médica. Priorizamos a visão holista, tentando incorporar elementos adequados para uma descrição multifatorial do processo saúde-doença e indicadores de aspectos não-tangíveis da realidade (ex. percepção do processo saúde-doença). Estes tendem geralmente a ser negligenciados no processo de planejamento e implantação de políticas de saúde. Apresentamos a seguir uma fundamentação do enfoque de análise adotado:

Baseado na premissa fundamental da ecologia humana de que o "estado de saúde e bem-estar de um indivíduo" depende em grande parte da qualidade do ambiente que ele conhece por experiência e de seu "modelo de comportamento" dentro deste ambiente, a metodologia dos estudos ecológicos integrados sobre os assentamentos humanos procura resgatar aspectos importantes acerca do bem-estar humano, mesmo que sejam difíceis de quantificá-los.

Uma característica importante deste marco conceitual constitui o fato de que assim como adota o enfoque da "ecologia dos sistemas" para preocupar-se com as propriedades do sistema como uma entidade, também dirige sua atenção às "condições de vida" e ao "bem-estar

O diagrama demonstra que o estado bio-psíquico de um indivíduo (ou população) se vê afetado por seu meio ambiente pessoal. Esta abrange desde variáveis materiais ou físicas, como qualidade do ar e níveis de ruído ambiental até aspectos sociais, como tamanho das redes sociais, qualidade de vida...

Dentro de seu ambiente, o indivíduo realiza certas ações, atua ou se comporta de determinada maneira, quer dizer, manifesta um modelo de comportamento singular. O modelo de comportamento influi e recebe influência de seu ambiente pessoal e da mesma forma que este, é um fator importante do estado bio-psíquico. "Para maior facilidade o modelo de comportamento e o ambiente pessoal às vezes se agrupam sob o título condições de vida." (M.A.B., 1981).

O diagrama aponta as influências das propriedades do ambiente total sobre o ambiente pessoal, porém seus autores demonstram que esta relação não é simples:

"individuos distintos que compartem el mismo ambiente total pueden tener ambientes personales muy diferentes. Por lo tanto, cada individuo solo experimenta ciertos aspectos del ambiente total, y se puede decir que está separado de este ambiente por una série de filtros, entre los cuales los factores económicos y culturais son particularmente importantes(...). Es así que, dentro de un medio ambiente total determinado, distintos individuos y sub-poblaciones tienen ambientes personales distintos." (idem, 1981).

Portanto, estes indivíduos ou sub-populações, possivelmente experimentam diferenças com respeito a seu estado de saúde e bem-estar, bem como ao tipo de tratamento procurado em casos de doenças.

É importante ainda considerar que o estado bio-psíquico é influenciado não só pelas condições de vida atuais senão também pelas condições de vida anteriores e sua constituição genética. Da mesma forma que o ambiente pessoal anterior é uma função do meio ambiente total anterior e dos filtros que operam entre este e o indivíduo. Não aprofundaremos este aspecto devido sua extrema complexidade.

Outro fator que desempenha um papel importante na determinação da resposta de indivíduos ou grupos a suas condições de vida é a percepção que tenham dos componentes de seu meio ambiente pessoal. Ex: , certas classes de ruídos no ambiente podem ser causas de tensão para alguns indivíduos e motivo de prazer para outros. Em consequência, os estudos relativos a dimensão da experiência humana, possivelmente impliquem a recopilação de dados relativos não somente às condições de vida, saúde e bem-estar senão também sobre a percepção humana e o modo como estas interagem.

1ª PARTE:

**POLÍTICAS DE SAÚDE E SISTEMAS
MÉDICOS**

Cap.1. SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA EM PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO

1.1. Indicadores

Apesar das implicações culturais e políticas do reconhecimento das interdependências entre saúde, desenvolvimento e qualidade ambiental, principalmente a partir das novas diretrizes da Organização Mundial da Saúde (O.M.S),¹ existem poucos indícios de que a meta "saúde-para-todos no ano 2000", seja alcançada nos próximos anos.

O diagnóstico do setor nos países em desenvolvimento pode ser considerado extremamente grave: nesses países doenças de origem "crônico-degenerativa", acidentes, intoxicações, doenças infecto-parasitárias e doenças mentais estão associadas a padrões identificados com o subdesenvolvimento. O quadro se complica a partir da rápida disseminação do vírus da AIDS: "Em algumas capitais da África Central, por exemplo, mais de 50% das baixas hospitalares são atualmente devidas a casos de AIDS" (Banco Mundial, 1991).²

As carências devidas à ausência ou à deficiências dos sistemas de saneamento constituem aspectos cruciais da problemática do subdesenvolvimento. Amplos segmentos da população são impactados, alcançando, segundo estimativas do Banco Mundial mais de 1 bilhão de pessoas nos países em desenvolvimento vivendo em situação de pobreza (Banco Mundial, 1991). Carecem de suprimento de alimentação e água³, incluindo-se aqui a segurança quanto à sua qualidade biológica, predis-

pondo-se assim a endemias como a esquistossomose, a filariasis (via mosquitos que se procriam em poças de águas poluídas nas cidades), a diarréia e a malária -que mata pelo menos 1 milhão de africanos menores de 14 anos a cada ano 4. (Eckholm, 1982).

Se nos países desenvolvidos as taxas de mortalidade infantil são ínfimas, nos países em desenvolvimento elas permanecem alarmantes: de acordo com dados do Banco Mundial, perdemos anualmente cerca de 25 milhões de crianças e jovens, a maioria por doenças evitáveis (por exemplo, a diarréia); da interação dos impactos combinados de subnutrição, pobre saneamento, infecções aeróbicas e parasitárias, 1 em 40 crianças pobres nos países em desenvolvimento morrem a cada ano. No Brasil, "mais de 10% da população infantil da região nordestina não chega a completar um ano de vida" (Banco Mundial, 1991).

Os efeitos perversos da desnutrição por carência de micronutrientes afetam uma população com mais de 1 bilhão de pessoas que vivem na pobreza em países em desenvolvimento. Nas crianças pequenas e pré-adolescentes, as deficiências de micronutrientes tem sido associados ao tolhimento do crescimento e desenvolvimento mental. Além disso, muitas das mortes vinculadas à subnutrição ocorrem durante ou logo após o desmame. Os alimentos são inadequados, escassos e expostos à agentes infecciosos.

Por outro lado, a poluição ambiental causada pela adoção de substâncias cancerígenas nas práticas agrícolas e agro-industriais, associada a hábitos alimentares e estilos de vida desequilibrados, tem alterado drasticamente a qualidade de vida induzindo o agravamento do

leque de doenças crônico-degenerativas.⁵ Além disso, a poluição ambiental pode causar outras aflições. Ex.: doenças respiratórias crônicas, distúrbios no sistema nervoso central (através do escape de carros); além dos conhecidos acidentes causados por metais pesados como em Minamata (Japão) - a destruição do sistema nervoso de centenas de pessoas que comeram peixes com mercúrio, a epidemia "Itai-itai" originada em centenas de pessoas no qual os ossos foram desintegrados por causa do cádmio contidos nos alimentos e águas consumidas; e outras doenças induzidas industrialmente.

Os serviços de saúde, por sua vez, que deveriam dar cobertura às populações ocupam-se de um proporção muito pequena das mesmas. Mais ainda, quando esses serviços existem eles são muitas vezes fragmentados, isolados de outras atividades ligadas direta ou indiretamente à saúde e não correspondem aos estilos e condições de vida das populações.

1.1. Serviços de Saúde

De maneira geral, os serviços de saúde nos países em desenvolvimento refletem o caráter ambíguo, elitista, fragmentado e estrategicamente irracional do processo de planejamento do desenvolvimento sócio-econômico nas últimas décadas. A revisão de literatura, do ângulo ecológico-humano, revela uma certa convergência dos analistas quanto a uma série de deficiências.

Inicialmente, a desconsideração do caráter interdependente dos vários aspectos sócio-econômicos, ambientais e culturais que interferem no processo saúde-doença. A doença é encarada como consequência de uma disfunção orgânica, negligenciando-se um conjunto de fatores que, de forma integrada, contribuem para avaliar o nível de saúde e qualidade de vida - alimentação (desnutrição de um lado e consumo de agentes tóxicos e mutagênicos de outro), habitat, emprego, lazer, condições sanitárias...; ou seja, a relação do setor saúde com outros setores do sistema social, que incidem sobre as causas estruturais das doenças. Sigal (1981) exemplifica através de um estudo realizado na Bahia (Brasil) o qual colocou em evidência uma relação estreita entre a diminuição da mortalidade infantil dentro de uma comunidade e a expansão dos serviços de água potável, com o início do funcionamento de uma central e de uma estação de tratamento:

"O índice de mortalidade infantil que era em torno de 150% no início dos anos 60 baixou para 70% em 1968. Ao mesmo tempo, os óbitos devido as doenças provocadoras de diarreias tem diminuído, passando de 66% à menos de 27% do total dos óbitos". (Sigal, 1981).

Isto se reflete na ênfase colocada nas campanhas de vacinação, acreditando ser possível erradicar as doenças agindo em pontos específicos, sem tomar conhecimento das causas que tornam possíveis a multiplicação dos vetores e a vulnerabilidade dos doentes. A evolução da malária na Índia e o retorno da cólera em muitos países em desen-

volvimento nestes últimos anos, demonstra as dificuldades em conduzir campanhas sem se prever uma estrutura de apoio mais efetiva que nos permita agir sobre as causas estruturais das doenças.

Em segundo lugar, os serviços de saúde orientam-se mais por princípios curativos do que preventivos, onde a ênfase recai sobre o atendimento individual, em detrimento da ética das necessidades comunitárias num horizonte de longo prazo.

Em terceiro lugar, os investimentos tendem a ser dirigidos para a criação e manutenção de uma infra-estrutura hospitalar centralizada⁶; exigindo além de pessoal caro e especializado a utilização de uma farmacopéia também cara e importada, muitas vezes inadequada ao contexto epidemiológico dos países em desenvolvimento.⁷

A indústria farmacêutica induz a proliferação crescente de novos medicamentos, muitos deles idênticos em seus efeitos mas veiculados sob nomes diferentes, fato que contrasta com práticas de automedicação, profundamente disseminadas no tecido social. As farmácias, em geral, não exigem receitas e com o aparecimento de agentes químicos "eficazes", a função do médico nos países em vias de desenvolvimento torna-se cada vez mais banal, insignificante, como é caracterizado por Illich:

"Na maior parte reduz-se às prescrições, sem exames preliminares. Ele chega, assim, a sentir-se inútil porque sabe que, cada vez mais, as pessoas vão usar sem sua aprovação o tipo de medicamento que ele pode prescrever... A medicalização de um medicamento o torna de fato mais perigoso. A cloromicina é um bom exemplo

disso: durante 10 anos foi prescrita contra o tifo em situações em que era impossível vigiar as condições sanguíneas do doente, resultando disso formas de anemia plástica. Ao mesmo tempo, há limitação das informações dadas ao médico a quem teoricamente, o medicamento estava reservado e ausência total de advertência específica ao público contra os riscos da utilização do produto por conta própria, quando em muitos casos outros tratamentos poderiam ter sido eficazes. Assim, médicos e doentes colaboraram para a fabricação de um tipo de tifo que resiste aos medicamentos e que agora se expande do México para o resto do mundo" (Illich, 1975).

Finalmente, cabe destacar a tendência da ação governamental no sentido da centralização espacial e social dos recursos entre cidade/campo. Persiste uma expressiva concentração de médicos e hospitais em área urbana em relação à área rural. A prestação de serviços cada vez mais especializados e dispendiosos cobre as demandas de uma pequena porcentagem da população, configurando assim, um quadro de "regionalização das carências". (Cohn, et al, 1991).

As explicações possíveis sobre esta situação descrita acima, pode ser encontrada tanto na análise crítica do conceito de saúde-doença e noção de eficácia, entendidos pela instituição médica oficial

quanto na análise das políticas adotadas pelos países em desenvolvimento.

1.2. Os efeitos contraprodutivos da instituição médica oficial

A crença na suposta eficácia global da instituição médica, quer se manifeste sob a forma de dependência pessoal quer apareça como medicalização da sociedade, tem sido questionada por alguns autores ligados ao enfoque da ecologia humana, em especial ILLICH(1975) a partir de 3 perspectivas:

1) a eficácia técnica do ato médico

Concidindo com a emergência da ecologia, enquanto área de especialização acadêmica, segundo Ávila-Pires (1983), o desenvolvimento da microbiologia e da bacteriologia absorveram a atenção dos biólogos, empenhados na pesquisa dos agentes patogênicos e no preparo de vacinas e soros. Pires, 1983). A ênfase concedida ao estudo de sintomas e de agentes patogênicos em detrimento das causas subjacentes contribuiu para a difusão da hipótese de que a doença é induzida unidirecionalmente do exterior, em vez de exprimir um distúrbio do próprio organismo situado em seu contexto sócio-cultural e ambiental específico. O resfriado é um bom exemplo: ele só pode se desenvolver se uma pessoa estiver exposta a um determinado vírus, mas nem todas as pessoas expostas a esses vírus serão contaminadas. A exposição resulta em doença quando o indivíduo exposto se encontra num estado receptivo e isso de-

pende de condições climáticas, alimentares, stress e de uma série de outros fatores que influenciam a resistência da pessoas à infecção.8 (Ávila-Pires, 1983; Capra, 1982; Laplantine, 1991).

O advento dos novos inseticidas, pesticidas e raticidas de grande eficácia e de fácil aplicação desenvolvidos a partir da 2ª Guerra Mundial, e de quimioterápicos e vacinas, capazes de "curar" e "prevenir" várias doenças de grande distribuição geográfica e de elevada taxa de incidência fez diminuir segundo Ávila-Pires, o interesse pela pesquisa ecológica:

"As investigações, de qualquer modo, sempre foram restritas a certos fatores do problema, especialmente aos reservatórios e vetores, deixando de levar em conta os demais aspectos do ecossistema...As grandes potências européias perderam suas colônias e, com elas foi-se o interesse pelo estudo das grandes endemias, que tanto preocupavam os governos coloniais e em função dos quais desenvolveram-se os centros de ensino e pesquisa de medicina tropical". (Ávila-Pires, 1983)

A crença de que a instituição médica é responsável pela melhoria tanto individual quanto social do nível de saúde é contrabalancada pela existência/ocorrência de novas epidemias resistentes à medicina, o que é denominada "iatrogênese clínica": o qual, segundo Illich, engloba todas as condições dos quais os medicamentos, os médicos e os hospitais são agentes patogênicos. Exemplos: aquisição de outras

doenças durante o processo terapêutico em hospitais, remédios com validade ultrapassada ou com efeitos colaterais não determinados, seja pela substância em si, seja pela sua combinação com outras substâncias -corantes, inseticidas...(podendo gerar hábitos, lesões e ações mutagênicas)9; A Talidomida, Clorotetraciclina e contraceptivos orais tem resultado, segundo Armelagos et.al.(1978), em efeitos inesperados em seus usuários.

2) o impacto social do instituição médica

Além da iatrogênese clínica, a eficácia global da instituição médica pode ser questionada através do conceito de "iatrogênese social". Este diz respeito à uma desarmonia entre o indivíduo situado dentro de seu grupo e o meio social e ambiental. Isso resulta em perda de autonomia na ação e no controle do meio. Como enfatiza Ivan Illich, trata-se do "efeito social não desejado e danoso do impacto social da medicina, mais do que o de sua ação técnica direta." (Illich, 1975).

O consumo excessivo de medicamentos sem controle constitui outra dimensão do problema em pauta, como aponta Illich:

"cada vez mais o médico se vê em face de duas categorias de toxicômanos - à primeira ele prescreve drogas que criam hábito e à segunda dispensa cuidados para tratar de pessoas que se intoxicaram por conta própria"

Relativizando a crítica de Illich à instituição médica, cabe reconhecer o esforço de muitos pesquisadores e médicos comprometidos com a superação de uma visão reducionista-tecnicista do processo saú-

de-doença. O campo da epidemiologia oferece um exemplo. O que importa enfatizar e resgatar deste esforço é o reconhecimento do fato das instituições ligadas ao setor de saúde tenderem a minar o exercício da capacidade de indivíduos e grupos de refletirem, com autonomia, sobre as relações entre doenças e condições gerais de vida, para além do comportamento de submissão a-crítica à ação terapêutica prescrita pelos médicos, pois resgatando Illich:

"o doente tornou-se alguém de quem aos poucos se retira toda a responsabilidade sobre sua doença. Ele não é considerado responsável pelo fato de ter caído doente, nem capaz de recobrar a saúde por si mesmo"

3) impacto estrutural da instituição médica

Durante um século, acreditou-se que a saúde e o bem-estar estariam ligadas ao acesso a inovações tecnológicas. Hoje, os custos da produção e os efeitos secundários não desejados colocam obstáculos à finalidade primeira. A própria O.M.S. alerta que o desenvolvimento tecnológico e social tende produzir alterações rápidas e radicais no ambiente e no seu impacto sobre a saúde humana, resultando que o número de fatores potencialmente envolvidos é muito grande e suas inter-relações são altamente complexas.

O acesso às inovações tecnológicas, portanto, nem sempre resultam em melhorias nos níveis de saúde e bem-estar e, muitas vezes reforça a tendência ao desaparecimento de conhecimentos e técnicas familiares ou populares em favor das instituições médicas oficiais, como é colocado por Illich:

Numa sociedade organizada em torno de suas salas de hospitais, a maioria das pessoas não tem acesso aos tratamentos exigidos pelos médicos e, simultaneamente, os remédios caseiros são denegridos, abandonados, as práticas familiares de higiene e cura foram negligenciadas em favor de um corpo de especialistas. As práticas higiênicas são reforçadas pelos médicos, mas somente na ocorrência de doenças(...). A instituição médica é uma empresa profissional que tem por matriz a idéia de que o bem-estar exige a eliminação da dor, a correção de todas as anomalias, o desaparecimento das doenças e a luta contra a morte. Retira do sofrimento seu significado íntimo e pessoal e transforma a dor em problema técnico. Essa medicalização da dor reduz a capacidade que possui todo homem de se afirmar em face do meio e de assumir a responsabilidade de sua transformação(...). O homem, organismo fraco mas provido de poder de recuperação se torna mecanismo frágil submetido a constante reparação; característica essa que diferencia a civilização médica de outras culturas tradicionais. O programa tradicional repousa na integração de aspectos técnicos, sociais e simbólicos que é abalado pela invasão da civilização médica(...). A instituição assume a gestão da fragilidade e restringe, mutila e paralisa a possibilidade de interpretação e reação autônoma. E a

essa regressão estrutural do nível de saúde, denomina-se "iatrogênese estrutural" (Illich, 1975).

Para Illich, a eficácia alcançada por uma sociedade na busca de seus objetivos sociais depende do grau de sinergia entre as 2 formas de produção (autônoma e heterônoma). Quando há excesso da segunda ocorre o fenômeno da contraprodutividade: a invasão da sociedade pelas externalidades (poluição alongo prazo e esgotamento dos recursos naturais), congestionamento de produtos e expropriação do poder de ação pessoal, sendo o efeito paradoxal: é o volume global de transportes que entrava a circulação, é o volume global de ensino que impede às crianças de expandirem sua curiosidade, sua coragem intelectual e sua sensibilidade, é o volume sufocante das informações que ocasiona a confusão e a superficialidade, e é o volume global da medicalização que reduz o nível de saúde (idem, 1975).

Em síntese, esses 3 níveis - os indicadores relativamente baixos de saúde e qualidade de vida, os precários serviços de saúde para atender a tais demandas ambos reforçados pela própria visão de saúde-doença e técnicas terapêuticas preconizada pelas instituições médicas oficiais, nos demonstram um cenário de profunda deterioração do que seja caracterizado por "saúde", tanto em seus aspectos físicos-biológicos quanto sócio-culturais - especialmente a capacidade de indivíduos e grupos de refletirem, com autonomia, sobre as relações entre doenças e condições e estilos de vida.

No contexto brasileiro, essas mesmas tendências são encontradas. Esta situação tem levado, ao longo dos anos, os governos e planejadores do país a reorientarem suas políticas de saúde. À seguir, relatamos um breve histórico do sistema de saúde no Brasil agregando ao mesmo uma análise das políticas formuladas e implantadas, especialmente a partir de 64. Na consideração de tendências atuais, abrimos espaços à identificação de brechas para a prospecção de cenários alternativos para o setor.

Notas

1. Essas novas diretrizes estão baseadas na Conferência Internacional sobre Atenção Primária de saúde realizada em Alma-Ata, 1978 e consistem em privilegiar a atenção primária em saúde, através da instalação de redes de cuidados e agentes primários de saúde através da educação sanitária e da introdução de noções básicas de higiene - assim como da participação das comunidades locais na resolução de seus problemas. A respeito ver o documento produzido pela O.M.S./UNICEF: Informe de la Conferência Internacional sobre Atención Primária de Salud. Alma-ata, URSS, 6-12 septiembre de 1978.

2. Segundo dados do Banco Mundial, de 1985 para cá o total acumulado de pessoas contagiadas pelo HIV em todo o mundo aumentou de 2,5 milhões para 8 a 10 milhões e, na África, de 1,5 milhões para 5,5 milhões. A O.M.S calcula que no ano 2000 25 a 30 milhões de adultos em todo o mundo terão sido infectados pelo HIV. A participação dos países em desenvolvimento no nº total de vítimas da AIDS aumentou de 50% em 1985 para 66% atualmente e prevê-se que chegará a 75% no ano 2000

3. Os dados da O.N.U (1980) revelam que 25% da área urbana do Terceiro Mundo (excluído a China) falta acesso a água, 71% da população rural era desprovida; 47% da população urbana e 87% da população rural faltava disposição adequada de resíduos. (Eckholm, 1982).

4. A propagação da malária tem muitas causas: resistência à pesticidas (por ex., D.D.T.) e às drogas anti-malárias, à colonização de florestas, mau uso do solo... a respeito ver Eckholm, 1982.

5. Uma agência de pesquisas sobre o câncer listou 160 substâncias como cancerígenas. Mas apenas one-eighth dos 55.000 produtos químicos usados no comércio tem sido testado em animais. (Eckholm, 1982).

6. No Brasil, os gastos públicos com serviços hospitalares são elevados tendo representado 78% das despesas totais com a saúde em 1986, em comparação com as verbas destinadas à imunização, acompanhamento pré-natal e controle de doenças contagiosas. (Banco Mundial, 1991).

7. As pesquisas biomédicas tendem a estar pouco interessadas com as características de doenças, necessidades e estruturas dos países mais pobres. Alguns produtos usados pela indústria farmacêutica estão ao lado da pesquisa veterinária. Ex: "Nitrofurazones", para tratamento da "tripanosoma" que tem origem em um produto para tratar "coceidons" em galinhas. (Sigal, 1979).

8. Dupuy (1980), aponta outros fatores que influenciaram o declínio das doenças infecciosas no final do séc.XIX; declínio este, que em geral, tem sido creditadas à medicina científica. Ex: a mortalidade pela tuberculose em New York (1812) tinha regredido muito antes que fossem conhecidos os métodos de prevenção e de tratamento. Nesta época

era de 700/100.000. Em 1882, ano em que Koch descobriu seu famoso bacilo ela já tinha diminuído a metade. Em 1910, na época em que se pensava implantar os primeiros sanatórios ela caíra ainda outro tanto, para se tornar inferior a 50 em 1945, quer dizer, antes mesmo do início da quimioterapia (Dupuy, 1980). Para este autor foi um certo grau de melhoramento da higiene e condições de vida que propiciou a minimização de certas doenças.

9. Os antibióticos, usados indiscriminadamente, alteram a flora intestinal e produzem uma super infecção que permite a proliferação e a invasão de organismos mais resistentes no portador.

Cap.2. POLITICAS_DE_SAUDE_NO_BRASIL

A problemática brasileira no campo dos indicadores de saúde e no campo dos serviços de atendimento médico reproduz, de maneira geral, a dinâmica vigente no restante dos países em desenvolvimento.

Através da análise histórica do sistema de saúde no Brasil, especialmente a partir de 64, nota-se a ocorrência de significativas mudanças na prestação da assistência médica caracterizada principalmente: pela extensão de cobertura, embora não garantindo a qualidade e distribuição equitativa do acesso entre as regiões; pelo privilégio da prática curativa, individual em detrimento de medidas de caráter preventivo e interesse coletivo; pela crescente intervenção estatal, paradoxalmente orientada mais para a lógica do favorecimento do setor privado; pela criação de um complexo médico-farmacêutico, favorecendo especialmente as grandes empresas monopolistas internacionais; e pela diferenciação da prática médica em função da clientela (expressa na relação médico-paciente); além das sucessivas criações de órgãos institucionais e planos de intervenção que culminaram na adoção do modelo SUDS-SUS, objetivando, a longo prazo, uma ampla reforma sanitária. Em termos teóricos este modelo representa uma profunda inovação no sistema, porém seu processo de implantação coloca em evidência uma série de outros problemas, que serão abordados neste capítulo.

2.1. Indicadores de saúde e qualidade de vida no Brasil.

Uma extensa bibliografia já permite configurar analiticamente esta dinâmica com base em estatísticas de mortalidade e expectativa de vida e comparações com padrões vigentes em países desenvolvidos (que geralmente são homogêneos). Essas estatísticas fornecem informações sobre causas das mortes - indicadores úteis de certos aspectos das condições de vida predominantes em um assentamento e da eficácia dos processos de adaptação cultural para combater certos problemas de saúde. Tais índices proporcionam, entretanto, um panorama incompleto das pautas de saúde-doença da comunidade. Por exemplo, apesar da redução dos níveis de mortalidade e aumento da expectativa ao nascer, nos últimos 30 anos no Brasil (exceto a população nordestina)¹⁰, não dispomos de um diagnóstico confiável sobre o estado real de saúde de pessoas vivas num período determinado. Ou seja, embora exista conexão entre padrões de mortalidade de uma população e padrões de causas de morbidez, "eles estão muito longe de coincidir" (M.A.B, 1981).

Outros indicadores bastante utilizados dizem respeito ao número de leitos hospitalares e número de médicos por habitante. A hipótese mais frequentemente assumida - quanto maior a quantidade de camas/médicos, melhores as circunstâncias para a população, esbarra com o obstáculo criado pelas deficiências desses dados. As informações obtidas em hospitais não especificam os tipos mais brandos de doenças, que influenciam o bem-estar cotidiano das populações. Além disso, essas informações são inadequadas para se analisar o nível global de

saúde da população. Uma população realmente saudável não necessita tantas camas como uma não saudável. Em algumas comunidades, a estrutura social, valores e atitudes predominantes são tais que as famílias estão mais preparadas e desejosas de cuidar de seus enfermos em casa que no caso de outras sociedades. Isso sem considerarmos a utilização complementar de "pessoal pára-médico", prática muito difundida em certos países em desenvolvimento.

Uma terceira fonte de dados consiste na coleta de informações junto a médicos sobre o número de pacientes examinados, a natureza de suas moléstias e os diagnósticos efetuados. O procedimento não está também isento de problemas. Para algumas pessoas a ida ao médico é mais fácil que para outras. Além disso, as diferenças culturais exercem influência sobre a percepção da gravidade de uma doença e, em certas comunidades, nem sempre é o médico que faz o diagnóstico do problema apresentado pelo paciente — muitas vezes são os "terapeutas" da própria comunidade os que preenchem esta função.

Na realidade, a condição de saúde é melhor entendida se a analisarmos como expressão de um índice satisfatório de qualidade de vida constatável em cada contexto sócio-ambiental. Esta condição transcende a simples ausência de doenças. Ou seja, os indicadores do tipo estatísticas de mortalidade e expectativa de vida ao nascer; número de camas/hospitais/habitantes; número e diagnóstico de pacientes examinados por médicos, não nos proporcionam uma visão adequada da situação de saúde-doença em comunidades específicas, justamente por não incidirem sobre suas causas estruturais das mesmas, que depende de outras variáveis.

No caso do Brasil, apesar de sua posição de 8ª economia do mundo (embora seu crescimento tenha declinado a partir da década passada) setores importantes de sua população continuam vivendo abaixo do limiar de pobreza absoluta. Conforme diagnóstico feito pela equipe de Hélio Jaguaribe, 1986, a miséria, pobreza e doença, unidos, tem produzido uma situação onde:

"mais da metade das famílias (52,6%)... se encontra numa faixa que varia da estrita miséria (28,3%) à estrita pobreza (24,3%); Além disso, das pessoas que trabalham 65% recebem uma remuneração mensal de apenas até um salário mínimo, somente 10,1% ganham mais de 3 salários mínimos e apenas 1,4% auferem mais de 10 salários mínimos". (Jaguaribe et alli, 1986).

Um exame mais atento deste quadro de desenvolvimento desigual revela, quanto às condições gerais de vida, a baixa resistência às doenças propiciadas pela alimentação deficiente, e a existência de condições de habitação, saneamento básico e ambientais propícias à propagação das principais doenças infecciosas e parasitárias. A miséria e a pobreza afetam particularmente as crianças de até 14 anos de idade, fato agravado pelas elevadas taxas de analfabetismo 11 e desnutrição 12. A desnutrição induz o surgimento de infecções ao alterar respostas imunológicas do organismo, e a infecção, por sua vez, agrava a desnutrição, formando um ciclo vicioso. (Goldenberg, 1988). Outro indicador da precariedade nutricional em crianças de idade pré-escolar é o fato de que a "merenda" constitui a única refeição ou a "refeição fundamental de uma parcela da população atingida que, nas estimativas mais otimistas, anda pela casa dos 50% - como se sabe que

ela atinge, mal ou bem a 16 milhões de crianças, não seria errado dizer que 8 milhões de crianças brasileiras comem a "merenda". E só ela ou fundamentalmente ela". (Coimbra, 1982). Nas áreas urbanas do Brasil, segundo o PNAD, 45% das pessoas de 0 a 6 anos residiam em domicílios considerados inadequados do ponto de vista sanitário. Esse número cresce para 74% em áreas urbanas do Nordeste (Torres, 1992). Além disso, mais da metade dos domicílios não dispõem de luz elétrica; mais de 71% não dispõem de canalização interna de água; mais de 85% não dispõem de escoadouro adequado e 65% não dispõem de filtros. Seria importante enfatizar, que tais indicadores estão distribuídos de forma desigual nas diversas regiões do país, sendo sempre piores no Nordeste, que segundo Jaguaribe et.al. contém 48,6% da pobreza total, e na zona rural dessa região, que contém 68% da miséria rural brasileira.¹³

Quanto aos estilos de vida, problemas como o alcoolismo, fumo, stress, ausência de alternativas de lazer e esporte, especialmente em áreas de elevada densidade populacional são problemas frequentes.

Os reflexos destes indicadores de qualidade de vida da população brasileira sobre os padrões de saúde dos brasileiros são evidentes: de acordo com dados do Ministério da Saúde, 146 crianças brasileiras morrem por dia de desidratação enquanto epidemias como poliomielite, sarampo, tétano, coqueluche e tuberculose não foram erradicadas; O aumento da incidência de males antigos como a lepra (que tem registrado um aumento de 54% no Nordeste, 42,3% no Norte e 24% em São Paulo, com uma previsão de 260 mil casos até o final de 1989), a malária (com mais de 350 mil casos notificados em 1984), a doença de chagas

(presente em 23% do território brasileiro, estimando-se em 5 milhões o número de pessoas infectadas, a esquistossomose (presente em 11% do território e com 6 milhões de pessoas infectadas), a hanseníase e a tuberculose, praticamente extintas nos países desenvolvidos, constituem-se ainda em sérios problemas de saúde pública no Brasil (Anais da VI-IIª Conferência de Saúde, Ministério da Saúde, 1987).

Esta situação passa a exigir dos precários serviços locais de saúde maior diversificação, flexibilidade operacional, equidade e qualidade às diferentes faixas da população. Possas (1989) descreve um cenário de crescente complexidade e heterogeneidade do quadro de saúde no Brasil, em decorrência da transição demográfica e da transição de padrões epidemiológicos. Alerta, ainda, para o fato de que:

"são poucos os municípios que dispõem de estimativas atualizadas da população por aglomerados de setores censitários do IBGE ou critérios análogos de especialização da população por bairros e/ou distritos e mesmo de estatísticas mais precisas de morbimortalidade, necessários ao exercício efetivo da atividade de vigilância epidemiológica, o que certamente inviabiliza o acesso à maior parte dos indicadores epidemiológicos" (Possas, 1989).

2.2. Breve Histórico do Sistema de Saúde no Brasil

A existência de um setor de saúde pública, paralelamente ao de Previdência Social, traduziu-se nas dicotomias individual/coletivo e curativo/preventivo, ao longo do processo de implantação do sistema de saúde no Brasil. Este tem, segundo Médici (1989), uma dupla origem: de um lado, as ações que se iniciaram com as campanhas sanitárias voltadas para a erradicação de endemias, no final do séc. XIX e início do séc. XX. De outro, a assistência médico previdenciária que se origina dos movimentos mutualistas dos trabalhadores e tem seu início formal marcado pela lei Eloy Chaves em 1923, que criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões.¹⁴

Teixeira(1985) caracteriza a estrutura previdenciária dos anos 20:

"pela amplitude na definição de suas atribuições, pela liberalidade na concessão de seus benefícios e serviços, e por outro lado, pela natureza fundamentalmente civil das instituições da Previdência, tanto no que tange à sua gestão quanto à sua estrutura financeira(..). Não havia preocupação em distinguir o que só depois seria definido como "benefício" e "serviço"; como "Previdência" e "Assistência social."(Teixeira, 1985).

Segundo esta autora, é no contexto da crise do liberalismo e do surgimento da legislação trabalhista, a partir dos anos 30 (incluindo os elevados custos da relativa amplitude do plano de benefícios pecuniários e serviços do sistema da Previdência dos anos 20) que emerge uma concepção de "Previdência" que não inclui a "Assistência". Em outras palavras, a Previdência passa a se constituir como sistema de concessão de "benefícios pecuniários".¹⁵ exclusivamente, e não de "serviços".¹⁶, com o objetivo de minimizar os gastos relativos à segunda apresentada agora como algo que só provisória e superficialmente poderia ser concedida pelo Estado. Em contraste, da década de 30 em diante, como sugere Campos (1991), a importância da saúde pública decresce - período em que o país acelera seu ritmo de crescimento industrial.

A década de 30 assiste à formação dos IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões) - que institucionalizou o seguro social fragmentando as classes assalariadas urbanas por inserção nos setores da atividade econômica (marítimos, bancários...). A estrutura dos IAPs, convivendo ainda por décadas com a estrutura das CAPs remanescentes em várias empresas, permanece até 1966, quando então é unificado todo sistema previdenciário no INPS.

Apartir de 1964, aumenta a tendência a diminuição dos gastos em saúde pública a par de um aumento da privatização dos serviços e em investimentos hospitalares. Nesta época, ocorreu a unificação dos institutos previdenciários, através da criação do INPS em 1967, que alargou a cobertura - incluindo autônomos contribuintes do sistema e as-

salariados não-filiados a qualquer IAP. O reforço à mudanças previdenciárias e a expansão da rede hospitalar privado-lucrativa relegaram a saúde pública a um 2º plano. Chega-se a 1973, com um quadro de saúde muito grave, configurado pelas enfermidades crônico-degenerativas ao lado das infecto-contagiosas; nos centros urbanos, a ausência de uma política agrária adequada, inchavam-se os "cinturões" de miséria (as favelas), provocados pelo êxodo rural.

Segundo Teixeira(1991), os anos que separam a criação do INPS em 1966 (com a unificação dos antigos IAPs) da divulgação em 1982, do Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, elaborado pelo CONASP correspondem a um período de profundas transformações na prestação da assistência médica previdenciária que podem ser assim caracterizados:

1) pela extensão da cobertura previdenciária, de forma a abranger a quase totalidade da população urbana e parte da população rural - com incorporação de novas categorias de trabalhadores anteriormente excluídos dos benefícios previdenciários. Porém, constata-se uma distribuição fortemente desigual dos serviços de saúde no país, segundo as diferenças regionais, como aponta o estudo realizado por Cohn, et.al.,:

"As regiões Sul e Sudeste do país concentram o maior volume proporcional dos equipamentos de saúde, o que ocorre mais intensamente apenas naquelas cidades que se configuram como importantes pólos regionais. Por sua vez, no interior dessas cidades, a mesma lógica preva-

lece quando se evidencia a maior concentração desses recursos nas áreas mais centrais e mais ricas. No que diz respeito à dimensão urbano-rural, a recente incorporação dos trabalhadores rurais ao sistema previdenciário, datada da década de 60 (até então assistidos pelas instituições filantrópicas sem vínculo com a previdência social) influiu relativamente pouco na superação dessas disparidades, no caso bastante mais acentuadas" (Cohn et.al, 1991).

Para esses autores, o acesso aos serviços não se faz com base na proximidade, tal como destacam os documentos oficiais, nem se traduz na concepção empobrecida de disponibilidade pela presença física dos recursos nas áreas onde existem:

"A acessibilidade formulada pela população usuária corresponde à relação funcional entre as "resistências" que são oferecidas pelos próprios serviços - que se exprimem nas dificuldades sentidas pelos usuários para efetivar o atendimento que buscam - e o "poder de utilização" que se forma através de experiências, percepções e valores - que se expressam nas razões para o bom atendimento - por parte de quem é atendido e conforma o seu perfil de demanda(Cohn et al, 1991).

2) As políticas de saúde no país, na medida em que restringem o seu objetivo à necessidade do atendimento médico, não consideram as condições de vida dos usuários - nutricional, habitacional, renda.. e se limitam a prover recursos de assistência médica, identificando as condições de saúde/doença em termos de sua presença ou ausência. Orientam, deste modo, a Política Nacional de Saúde para o privilegiamento da prática curativa individual, assistencialista e especializada, em detrimento de medidas de saúde com caráter preventivo e interesse coletivo. Evidência desta tendência é o modo como tem se organizado o combate a alguns flagelos nacionais, como por exemplo a "dengue" - privilegia-se o combate ao vetor e a operação mata-mosquitos, quando na realidade deveriam ser adotadas medidas de reorganização e humanização do espaço urbano, uma vez que os focos de infestação e difusão predominam em locais carentes de infra-estrutura básica.

Em termos de recursos financeiros destinados à medidas curativas/hospitalares, os dados são expressivos:

"os gastos totais com os serviços curativos passaram de 12,9% em 1949 para 84,2% em 1982" (Teixeira, 1985); "Os gastos públicos com serviços hospitalares são elevados tendo representado 78% das despesas totais com a saúde em 1986, em comparação com as verbas destinadas à imunização, acompanhamento pré-natal e controle de doenças contagiosas" (Banco Mundial, 1991).

3) Crescente intervenção estatal, paradoxalmente orientada mais para a lógica de favorecimento do setor privado, como é exemplificado por Teixeira:

"Na época da unificação dos IAPs, os hospitais públicos e privados não-lucrativos somavam 36% da rede existente, enquanto os hospitais privados lucrativos representavam apenas 44%. Esta situação foi alterada durante os últimos anos, de sorte que, em 1980, existiam 38 hospitais próprios para 3157 hospitais contratados à rede privada e credenciados... Os mecanismos que propiciaram esta reversão foram, de um lado, através da construção de hospitais privados viabilizados com financiamento federal do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS, criado em 1974) a juros baixíssimos e, de outro, a tendência à compra de serviços privados de saúde pela Previdência Social" (Teixeira, 1985).

O sistema de pagamentos foi por diversas vezes denunciado, seja pela impossibilidade de se planejar assim o dispêndio com assistência médica, seja por induzir o "empresário" hospitalar a executar atos sofisticados e algumas vezes desnecessários, além de permitir um sem-número de fraudes.

4) Criação de um complexo médico-farmacêutico, responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital nas grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de e-

quipamentos médicos. Apesar de sermos um país de economia retardatária e com grandes bolsões de pobreza urbana e rural, mantemos hoje o 8º mercado mundial de consumo de medicamentos e 1º na América Latina (Teixeira, 1985; Victoria, 1989; Cordeiro, 1984):

"Em 1974, existiam 529 empresas farmacêuticas legalmente reconhecidas no Brasil, das quais 460 nacionais e 69 estrangeiras. Destas, 10 empresas detinham 100% do domínio dos conhecimentos técnicos e de seu emprego, monopolizando os componentes básicos que entram na composição dos medicamentos. Embora 98% dos medicamentos fossem industrializados no país, 50% dos fármacos, princípios ativos dos medicamentos obtidos por extração, fermentação ou síntese, são importados. Além disso, 90% das drogas lançadas no mercado decorrem de pesquisas realizadas no exterior pelas matrizes das grandes empresas multinacionais" (Cordeiro, 1984).

Acrescenta-se, ainda, as considerações de Lefèvre (1983) quanto aos perigos que os medicamentos acarretam ao ocuparem indevidamente o lugar de substitutos ou símbolos de saúde, inibindo a consideração de fatores sociais e comportamentais.

5) Às diferenças no acesso à saúde, à lógica de favorecimento do setor privado e aos interesses curativos-individuais associam-se à diferenciação das práticas médicas em função da clientela, estando de modo geral, o setor privado a serviço das classes médias/altas en-

quanto o setor público a serviço das classes populares. Uma representativa parcela de autores vinculados à análise de políticas de saúde tem enfatizado o fato de que quando os custos de um tratamento tornam-se onerosos, não correspondendo ao critério de rentabilidade do setor privado, estes passam a ser deslocados para o âmbito do setor público.

As relações médico-paciente, decorrentes desta diferenciação, expressam a distância social (aumentada pela distância linguística) entre estas duas categorias evidenciada tanto, 1º) na escolha do médico quanto, 2º) nas barreiras linguísticas encontradas durante o tratamento.

Em relação ao primeiro, Cohn, et al, (1991), em seu estudo comparativo sobre as diferentes representações populares na utilização dos serviços de saúde entre a zona sul e leste de São Paulo, descrevem um perfil da demanda que busca atenção médica em serviços que garantam o atendimento, se possível não muito demorado e que apresente certa capacidade resolutiva - com melhora rápida dos sintomas, através do uso de medicamentos. Além do diagnóstico subsidiado por exames complementares que reflete, segundo os autores, a esperada eficiência:

"o atendimento só é bom se os médicos "acertam" o diagnóstico e se o tratamento prescrito é eficaz no sentido de suprimir os sintomas ou a doença, ambos entendidos indiferencialmente como cura. Por outro lado, o significado atribuído aos exames subsidiários para o diagnóstico clínico tende a se configurar como uma comprovação objetiva da capacidade - subjetiva ou mesmo inde-

cifrável, quase mística - do médico para descobrir a causa (ou a doença) que se oculta por trás dos sintomas. E, nesse sentido, para o usuário o atendimento numa instituição de 2ª linha configura-se como aquele potencialmente mais eficaz para proporcionar a "cura", por apresentar mais equipamentos e, portanto, também potencialmente, meios mais rápidos na intervenção e, uma vez mais do seu ponto de vista, mais eficientes" (Conh et al, 1991).

Em relação ao segundo, Boltansky considera autoritária a atitude do médico frente às classes populares, em relação às reservas que possuem em fornecer informações e explicações mínimas sobre as causas da doença ou sobre suas prescrições médicas e medidas de higiene ou ainda pela tendência a empregar palavras incompreensíveis:

"o médico age como se seus clientes já tivessem um inteiro conhecimento médico, e mais se por acaso o médico encontra e percebe resistências nunca é através de uma explicação do que constitui o princípio de eficiência do remédio prescrito ou da regra enunciada que ele procura eliminar essas objeções, mas através do enunciado das sanções decorrentes das consequências de sua desobediência" (Boltansky, 1984).

Essa atitude tem consequências inversas pois leva o doente à obrigação de construir com seus próprios meios o discurso sobre a doença que o médico não transmitiu; além de procurar outras alternativas de cura, interrompendo ou não o tratamento oficial. Cabe enfatizar, entretanto, que a crítica feita pelo doente dirige-se mais aos médicos e não tanto ao conhecimento médico (considerado superior e legítimo).

Todo este processo foi acompanhado por uma "modernização" dos aparelhos governamentais destinados a lidar com as políticas sociais. Isto se caracterizou pela maior especialização de cada órgão, ao lado de uma crescente centralização e concentração de recursos institucionais. Foram criadas superposições desnecessárias, ausência de coordenação, controle e avaliação dos programas e/ou projetos governamentais..., reduzindo a eficácia das políticas de saúde.

A crise da política assistencial vigente até então, esboçada no final da década de 70, aprofunda-se no início da década de 80. Esta crise está associada à crise financeira da Previdência Social e do modelo de desenvolvimento adotado no país. Como alternativa à crise e ao processo de redemocratização cria-se neste período, o PREV-SAÚDE (Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde), que incorporou as idéias básicas do PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde).¹⁷ para atendimento da população rural e propunha a reversão do modelo privatista de prestação de serviços, através de pressupostos básicos: regionalização, integração e hierarquização dos serviços (com ênfase na

atenção primária), participação comunitária e utilização de técnicas simplificadas. Este projeto que se caracterizou qualitativamente consistente em sua versão preliminar, apesar da restrita participação da sociedade em sua formulação, tornou-se irreconhecível, segundo os anais da VIIIª Conferência de Saúde, tantos foram os remendos e alterações impostos pelos diferentes grupos de interesse da medicina privada, empenhados em limitar ao máximo a parcela destinada ao setor público no "bolo previdenciário".

A crise da Previdência continua com o fim do PREV-SAÚDE. Em 1981 é criado o CONASP (Conselho Consultivo da Administração de Saúde Pública) com a finalidade de reorganizar a assistência médica previdenciária. Em 1982 o CONASP divulga o plano de Reorientação à Saúde no âmbito da Previdência Social, propondo, segundo Teixeira (1985), não apenas a contenção de gastos através do aumento da produtividade e da racionalização do sistema, mas também a melhoria na qualidade dos serviços e a extensão da cobertura à população rural".

Além de propor a implantação de um novo sistema de contas pagas aos hospitais contratados, ocorre um programa de ativação e integração dos serviços de saúde do setor público - AIS (Ações Integradas de Saúde). Suas principais diretrizes são: integração institucional, a partir do setor público, ao qual estará articulado técnica e funcionalmente o setor privado prestador de serviços; integralidade das ações de saúde, superando as dicotomias preventivo/curativo e in-

dividual/coletivo; regionalização e hierarquização dos serviços públicos e privados à nível do Estado; utilização prioritária das potencialidades da rede pública; descentralização do processo de planejamento e administração à nível regional, sub-regional e local; co-participação financeira e co-responsabilidade das várias instituições envolvidas; participação social na definição de necessidades, encaminhamento de soluções e no controle da qualidade assistencial. Sendo que a gestão das AIS é realizada por uma hierarquia de comissões interinstitucionais à nível federal (CIPLAN), estadual (CRIS) e local (CLIS). A universalização do atendimento para a clientela previdenciária, baseado nestas diretrizes, será uma decorrência deste processo, cujo objetivo final é a implantação do SUDS, em direção à Reforma Sanitária.

As AIS tem os primeiros convênios assinados com os Estados em 1983; e o SUDS em 1987 e o texto constitucional promulgado em novembro de 1988.

2.3. O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e o Sistema Único de Saúde (SUS)

A 8ª conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, com participação representativa da sociedade civil proporcionou a emergência de uma nova visão sobre saúde-doença, prática médica, política de saúde, planejamento e formação de recursos humanos tendo recomendado em sua proposta final a necessidade de implantação de uma ampla Re-

forma Sanitária a nível nacional, a ser desenvolvida num horizonte de longo prazo.

Esta conferência consagrou uma concepção ampla de saúde - a saúde coletiva - entendida como resultante da viabilização de condições adequadas de alimentação, habitação, educação, trabalho, meio ambiente, etc. Enfatiza também o direito, garantido pelo Estado, de todo o cidadão à saúde. Optou-se, consensualmente pela criação de um Sistema Nacional de Saúde, a ser coordenado por um único ministério, reproduzindo-se a unicidade de comando nos níveis estadual e municipal. Abriu-se também, espaço à participação da população, através de suas entidades representativas, na formulação da política, no planeamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações de saúde.

O SUDS constitui a etapa seguinte às Ações Integradas de Saúde. Sua principal característica é a reorganização descentralizada dos serviços, nos níveis estadual e municipal; o INAMPS perde seu papel de prestador de serviços (direta ou indiretamente) e torna-se basicamente um órgão controlador e co-financiador do sistema. Desta forma, as Secretarias Estaduais de Saúde passam a absorver, na sua jurisdição, a estrutura operacional e administrativa do INAMPS, bem como seus recursos humanos.

A constituição promulgada em novembro de 1988 e sua lei orgânica de dezembro de 1989, propõem como modelo o que veio a ser denominado "Sistema Único de Saúde". Baseado nos preceitos constitucionais, este modelo assistencial deveria contemplar e operacionalizar os seguintes princípios: 1) Universalidade e Equidade - entendidas como

garantia, a todos os cidadãos, de acesso aos serviços de saúde, sem nenhuma discriminação de natureza econômica, geográfica ou burocrático-institucional; dependendo sua oferta apenas das necessidades específicas de cada indivíduo ou grupo populacional; 2) Integralidade - no sentido de que as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde devem romper com a multiplicidade de iniciativas descoordenadas da parte de diferentes instituições, sem áreas de interface e obedecendo a diferentes critérios de racionalidade; 3) Regionalização, Hierarquização e Resolutividade - dos serviços nos diversos níveis de assistência, de modo a assegurar a máxima suficiência e eficácia de atendimento ao nível de cada município e de cada região, estabelecendo-se uma rede hierarquizada segundo o grau de complexidade tecnológica dos serviços. As unidades de saúde passam a articular-se, segundo os níveis de atenção, estabelecendo mecanismos que garantem a referência (ato de encaminhamento de um paciente atendido em um determinado estabelecimento de saúde a outro de maior complexidade) e a contra-referência (ato de encaminhamento de um paciente ao estabelecimento de origem após resolução da causa responsável pela referência) da clientela dentro do sistema; 4) Descentralização - entendida como redistribuição das responsabilidades e recursos financeiros sobre ações e serviços, enfatizando-se o reforço do poder municipal; 5) Participação - compreendendo a dinamização do processo de planejamento e gestão integrada do sistema, em todas as instâncias, garantindo-se a participação orgânica da população. (Documento da Secretaria Estadual de Saúde - SC).

Finalmente, em dezembro de 1989, um ano após a promulgação da Constituição, foi aprovado pela Câmara dos Deputados a Lei Orgânica da Saúde. A L.O.S. incorporou os principais tópicos já consagrados na constituição, enfatizando 2 pontos essenciais ao pleno funcionamento do sistema único: a autonomia municipal e a descentralização efetiva dos recursos financeiros. Estas medidas colocam o município como o ator principal na gestão do sistema.

2.3.1. Principais problemas

O processo de consolidação do SUS está em andamento, num clima de controvérsias, fato que dificulta sua avaliação. A revisão de literatura disponível permite, entretanto, um diagnóstico preliminar das dificuldades encontradas até o momento, enfatizando-se os temas da descentralização e universalização dos serviços.

Descentralização

Face às ambiguidades do termo, cabe precisar sua acepção no contexto das políticas de saúde:

Para Jacobi (1990) o termo "configura uma proposta de ação político-administrativo que na sua acepção possibilita, a partir do espectro ideológico através do qual for focalizado, visões totalmente contrapostas para perseguir objetivos diferentes e até opostos". Segundo este autor, a descentralização pode significar reprivatização

de alguns setores da economia, o fortalecimento de um poder centralizado, a repartição do poder. Teixeira, 1990 e Neto, 1991, consideram-na, ainda, como uma estratégia de redução dos gastos públicos nos setores sociais a partir da receita recessiva oriunda de instituições internacionais como o Banco Mundial.

Segundo Jacobi, existiriam 2 tipos de descentralização: a funcional (ou setorial) e a territorial, podendo haver combinação de ambos. Este autor considera a descentralização territorial como um:

"processo que pretende conseguir uma representação da sociedade nos novos organismos que acolhem as atribuições e recursos, e que as exercem (as atribuições) e os utilizam (os recursos) com autonomia". (op.cit.)

Para Neto (1991), este tipo de descentralização tem ocorrido a partir da década de 80, onde são reafirmados o papel e a importância dos Estados e municípios.

A descentralização funcional, segundo Jacobi, tem um caráter mais setorial e não global. Esteve em voga no Brasil, segundo Neto, nas décadas de 60 e 70 manifestando-se através da criação de órgãos de administração indireta, dentro do espírito tecnocrático de reforma administrativa.

Se descentralização implica redistribuição do poder mediante maior participação e controle social no planejamento e nas ações governamentais, o conceito de desconcentração, segundo Jacobi:

"restringe-se a um mecanismo para criar unidades de gestão de menor dimensão, com o objetivo de facilitar a operacionalização dos aparatos administrativos ou para aproximá-los da comunidade". (Borja, apud Jacobi, 1990)

Ou seja, na desconcentração administrativa transferem-se funções e tarefas, mas não o poder.

Por outro lado, o uso do termo deve levar sempre em conta a existência de graus diferenciados num espectro que vai da descentralização à centralização, como enfatiza Teixeira:

"Estamos tratando o fenômeno como um conjunto de diferentes graduações e refutando a concepção de descentralização político-administrativa como um conceito puro, ou seja, não há sistemas onde a variável centralização ou a variável descentralização sejam absolutas ou exclusivas" (Teixeira, 1990).

Considerado a partir do espectro do termo "descentralização", o diagnóstico dos limites e entraves à sua viabilização no setor de saúde no Brasil aponta os seguintes aspectos:

1) A política de descentralização tende a manter-se estrangulada no interior do modelo de desenvolvimento adotado no país. Neste modelo a política assistencialista perpetua a dicotomia curativo/preventivo; individual/coletivo... (como já foi caracterizado anteriormente).

2) Ao se desmontar a máquina previdenciária as correlações de forças entre os atores envolvidos são muito desiguais. Por exemplo, a pressão dos "lobbies" privatistas e corporativos (dos que pretendiam não alterar o antigo modelo) no processo de aprovação e regulamentação da L.O.S., foi muito forte.¹⁸, demonstrando, assim, o predomínio de uma visão imediatista, na cultura político-administrativa do país, e o peso que as diferentes conjunturas políticas exercem sobre os avanços e recuos da implantação do SUDS.

3) A inexistência de uma tradição política de municipalização de serviços públicos tende a gerar uma indefinição do papel do poder local:

"os setores resistentes à descentralização, localizados na burocracia estadual, federal e interesses privatistas tendem a considerar a atribuição do município apenas ao atendimento básico e de urgência, e a gestão da rede de postos e centros de saúde. Com isto tendem a obstaculizar a integralidade das ações, mantendo a separação de modelos e a dualidade gerencial" (Netto, 1991) "e deixando intocados os sistemas prestadores de serviços tradicionais de maior complexidade e geralmente privatizados" (Teixeira, 1990).

4) Na realidade, no processo de implantação da nova política de saúde evidencia-se mais uma desconcentração do que uma real descentralização. Muito aquém da necessária reforma sanitária, as mudanças no setor

tem se limitado ao aspecto formal - administrativo, sem uma efetiva transferência de poder, sem autonomia política e financeira e principalmente sem democratização das relações sociais em todos os níveis territoriais.

5) A descentralização dos serviços de saúde, não garante por si só, a participação da população no exercício do controle democrático dos processos decisórios. Isto depende da conjuntura política, da capacidade de organização da sociedade civil e da existência de uma intenção política explícita no sentido da descentralização.

Apesar da participação popular ser considerada como uma das condições essenciais para o êxito e eficácia das políticas de saúde, Jacobi a considera como o maior desafio no contexto da transição brasileira, ou seja:

"como estabelecer novas regras de convivência entre as instâncias de poder e a população em geral, visando incrementar os mecanismos participativos e ampliando o processo de democratização do Estado, mais especificamente na administração municipal" (Jacobi, 1990).

Nosso ponto de vista é que esses mecanismos, apesar de serem colocados como necessários em documentos oficiais ainda estão por ser criados, pois um dos problemas encontrados pelos técnicos de planejamento no processo de implantação do SUDS, à nível local (além dos já

itados) tem sido a dificuldade de se mobilizar a população em torno das comissões interinstitucionais (citadas no item 2.3 deste capítulo) criados pelo novo sistema.

Além das questões relativas à transferência de recursos para o setor, do aumento na quantidade de serviços e ampliação do acesso, torna-se indispensável uma melhoria qualitativa de tais serviços principalmente no que se refere a qualificação dos recursos humanos no trato com a clientela (que envolve não só médicos, mas atendentes, enfermeiras...); e a participação da população deve ser entendida não só como um recurso potencial no momento de implementação e execução de ações ligadas à saúde. Significaria também, a capacidade de se interferir no próprio planejamento das políticas de saúde, impulsionando, a partir de cada unidade local e de acordo com as suas especificidades sócio-culturais e ambientais.¹⁹, a criação de mecanismos de disseminação de informações e conhecimentos sobre o processo saúde-doença e qualidade de vida. Essas informações incluem ainda, tipos de tratamento possíveis, com vistas a um maior auto-conhecimento e reforço da medicina comunitária.

Universalização

Consagrada como princípio constitucional em 1989, a universalização dos serviços de saúde está limitada aos ritmos que caracterizam a expansão da atual rede de serviços. Esta expansão não acompanha o acréscimo tendencial da clientela, condicionando a implantação

de mecanismos de racionamento, num esforço de se acomodar a demanda ampliada a uma oferta em lento crescimento. Isto configura uma proposta de "universalização excludente" (Faveret, et al. 1989): queda na qualidade dos serviços, filas e outras deficiências já citadas anteriormente. Além de excluir do usufruto do sistema diversos segmentos sociais; os setores menos privilegiados, tendem a resistir com mais vigor a estas pressões de reacomodação do sistema enquanto outros segmentos passam a buscar alternativas através do setor privado.

Em síntese, o processo de descentralização/universalização, colocados em marcha não constitui uma alternativa substancial ao modelo assistencial vigente, com seus graves problemas como as diferenças no acesso, a baixa resolutividade e qualidade dos serviços. Ao mesmo tempo, não gerou mudanças de atitude em relação ao usuário do sistema. Dessa forma, sob a aparência de reforma estrutural, poderá contribuir para a consolidação das atuais discrepâncias do sistema anteriormente apontadas, e conseqüentemente tende a manter e reforçar a existência e procura, por parte da população, aos sistemas paralelos de cura.

Notas

10. O índice de mortalidade no Nordeste brasileiro é considerado pelo relatório do Banco Mundial como um dos mais altos do mundo.

11. O analfabetismo absoluto ainda afeta cerca de 20% da população. O analfabetismo relativo afeta mais de 40%. Metade da população de 15 anos ou mais tem menos de 4 anos de escolaridade, não havendo completado o curso primário (Jaguaribe, et.al, 1989).

12. A situação nutricional é bem pior que 30 anos atrás. Apenas 33% da população tem hoje uma dieta adequada com 2/3 da população em situação nutricional de carência. Uma das consequências dessa situação é o fato de que a cada minuto morre uma criança entre 1 a 5 anos. No entanto, nos últimos anos, a produção de alimentos aumentou a taxas maiores que as taxas de crescimento populacional. A explicitação desse paradoxo, escandaloso reside no próprio perfil do aumento da produção agrícola. De 1975 a 1980, a produção de cana aumentou 85%, a de laranja 70% e a de soja 40%. Enquanto isso, o aumento da produção de feijão, componente básico da alimentação popular, foi de apenas 5%. Aumentou, portanto, a produção para a exportação, mas não para o consumo interno. (Jaguaribe, et al., 1989).

13. A população nordestina como um todo, vive 16,2 anos menos que seus companheiros da região sul; os homens menos 6,4 que as mulheres e os

oriundos das camadas de mais baixa renda (até 1/4 de salário mínimo per capita de renda familiar) menos de 4,5 anos que os de faixas de maiores rendas (acima de um salário mínimo per capita, dados para 1980). As diferenças entre as taxas de mortalidade infantil observadas na região sul e nordeste hoje são maiores que entre as observadas há 40 anos. (Jaguaribe, et.al., 1989).

Os dados do Ministério da Saúde referentes a 1982 indicam que enquanto na região nordeste 46,3% dos óbitos não tiveram suas causas determinadas, ou por não terem assistência médica ou por falha no preenchimento dos atestados, na região sudeste esse percentual foi de apenas 8,8%. A qualidade da informação no 1º caso, já é flagrantemente prejudicada. Enquanto nas regiões sul e sudeste 31% dos óbitos tiveram como causa doenças do aparelho circulatório, a mortalidade infantil devido a esta causa no nordeste foi de 13%. Enquanto 24% dos óbitos de crianças menores de 9 anos na região norte ocorreram em consequência de doenças intestinais, na região sul foi de cerca da metade. (Anais da VIIIª Conferência de Saúde. Ministério da Saúde, 1987.).

14. Enquanto a estrutura voltada para a saúde pública pouco se desenvolveu a estrutura da assistência médica para trabalhadores e famílias, baseados nas CAPs e IAPs, tiveram grandes avanços em sua cobertura e base de financiamento. Este era feito a partir de um fundo composto por contribuições tripartites (governo, trabalhadores e empresas) embora, na prática somente os 2 últimos financiassem o sistema.

A respeito, ver Médici, A. C., 1989: Saúde e crise na América Latina. In: Revista Administração Pública, 22(1): 32-49, R.J.

15. refere-se a aposentadorias e pensões;

16. refere-se a serviços de assistência (médica, farmacêutica...)

17. Este programa foi criado em 1976, momento em que foram criados inúmeras experiências, ainda que localizadas, de extensão de cobertura em todo o país - Londrina, Campinas, Montes Claros, Lages... À respeito do PIASS e outras experiências de extensão de cobertura ver: ROSAS, Eric. J., (1981): A extensão da cobertura dos serviços de saúde no Brasil. PIASS - Análise de uma experiência. Dissertação de mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília; SOMARRIBA, M.M.G. (1988): Lutas por saúde - Da participação comunitária à participação popular. UFMG, nº 25; MACHADO, F. A. (1988): As possibilidades de controle social das políticas sociais. In: Revista de Administração Pública. 22(1): 32-49, RJ; GIFFIN, k.; SHIRAIWA, T. (1989): O agente comunitário de saúde pública: a proposta de Manguinhos. Cadernos de saúde pública. 5 (1): 24-44, RJ.

18. Segundo Netto(1991) o setor privado através de políticos conservadores representando seus interesses tentaram por todos os meios impedir a votação e aprovação da "lei do SUS". Grupos burocráticos do I-

NAMPS, SUCAM e FSESP e até mesmo certos setores da Universidade tentaram fazer prevalecer seus interesses corporativos, tomando posição contrária a descentralização do sistema.

19. envolvendo a complexificação da noção de vigilância sanitária e epidemiológica com vistas a um mapeamento mais preciso sobre quais e onde há maior incidência de doenças específicas.

Cap. 3. Sistemas Médicos

Ao lado da problemática expressa pelo esforço de reforma do sistema de atendimento de saúde, cabe situar o fenômeno da oferta de serviços médicos alternativos em bairros de classes populares. Este fenômeno tem sido diagnosticado através de pesquisas, realizadas tanto na área da antropologia médica quanto na sociologia médica. No centro das atenções está a questão: como diferentes grupos sociais tendem a desenvolver estratégias alternativas de tratamento médico dentro e fora do sistema oficial? Apesar da hegemonia do sistema oficial, ele permanece inacessível a mais de 1/3 da população brasileira (Loyola, 1984; Thébaud/Lert, 1987; Costa, 1980; Buchillet, 1991). Além disso, apesar do reconhecimento do direito universal à assistência médica a qualquer cidadão e em qualquer serviço de saúde oferecido pelo Estado (proposta do SUDS), um número significativo da população vai encontrar, através de canais heterogêneos e até antagonistas de medicina e religião, formas alternativas de acesso e tratamento. Press (1971) enfatiza, por exemplo, que a prática do curandeirismo tem se tornado uma "instituição" no contexto latinoamericano.

3.1. Sistemas Médicos: uma conceituação

Concordando com Pedersen (1989), Foster (1978), e Langdon (1988), todas as formas de respostas deliberadas frente a situações de doenças (de natureza adaptativa e individual e outras mais complexas geradas pelo grupo, família ou sociedade em seu conjunto) são essencialmente médicas e compreendem o que denominamos "sistemas médicos".

Foster, considera sistema médico como um conjunto complexo que inclui:

"Knowledge, beliefs, techniques, roles, norms, values, ideologies, attitudes, customs, rituals and symbols that enterlock to form a mutually reinforcing and supporting system (Saunders, 1974:7). This "vast complex" and all of the other items we might think to add constitutes a "medical system". The term properly embraces the totality of health knowledge, beliefs, skills and practices of the members of every group. It should be used in a comprehensive sense to include all of the clinical and nonclinical activities, the formal and informal institutions, and any other activities that, however tangentially, bear on the health levels of the group and promote optimum functioning of society." (Foster/Anderson, 1978)

Para fins de análise, estes autores dividem o sistema médico em duas categorias: 1ª) sistema da teoria da doença ("disease theory system"), e 2ª) sistema de atenção à saúde, ou serviço de saúde ("health care system"). A 1ª refere-se à crença sobre a natureza da saúde, as causas e o porquê da doença e os remédios e outras curas técnicas, o qual denominamos Percepção da doença. Esta, segundo Langdon, compõe parte da cultura geral do grupo:

"A experiência da doença nunca é um acontecimento isolado, mas é ligado com o total de crenças e costumes que compõe a cultura" (Langdon, 1988).

A 2ª, refere-se ao modo pelo qual as sociedades ou indivíduos organizam os cuidados para atender aos doentes e utilizam o "conhecimento da doença" para cuidar do paciente, o qual denominamos Comportamento.

Essa distinção possibilita visualizar mais claramente:

- a realidade simbólica no qual estão submergidos os sistemas médicos e no interior do qual se produzem os diversos modelos explicativos sobre o processo saúde-doença;
- a crítica ao sistema médico oficial e o crescimento do número de pessoas que procuram alternativas de atenção médica;
- os desafios de introduzir mudanças nas práticas médicas entre indivíduos/comunidades que previamente tem conhecimento e comporta-se no interior apenas de seu sistema tradicional;

- as possibilidades de integração entre o sistema médico oficial e os sistemas médicos paralelos com vistas a criação de um sistema médico pluralista, que atenda as diversas demandas sociais e esteja orientado de acordo com as especificidades sócio-culturais e ambientais (incluindo a variável epidemiológica) de cada região analisada.

3.2. Medicina popular: uma revisão de literatura

A análise dos processos que influenciam as decisões de indivíduos e coletividades na procura ou não de serviços médicos oficiais e/ou não-oficiais; o entendimento das diferentes crenças e percepções do processo saúde/doença em comunidades específicas bem como o significado adaptativo dos padrões de comportamento frente à situações de doenças tem sido e continua sendo objeto de investigação tanto da sociologia quanto da antropologia médica.

Os primeiros autores, atualmente denominados "folcloristas" (Cabral, 1958; Araújo, 1979, entre outros autores), a recuperar as tradições regionais do mundo rural brasileiro produziram várias obras sobre "medicina popular". Algumas com elaborações analíticas e outras eram apenas inventários em forma de dicionário sem intenção explicativa.

As críticas a estas obras salientam o caráter ideológico e etnocêntrico impregnado no conjunto de tais obras. Ao descreverem as relações entre medicina popular e religião, adotam o ponto de vista da medicina oficial, isto é, tendem a conceber o conhecimento e as técnicas da medicina popular (conjunto de técnicas de tratamento empregadas pelos especialistas não reconhecidos pela medicina oficial) ou como um conjunto de práticas e idéias rudes e imitativas, provenientes da difusão da medicina erudita do passado ou como sobrevivências folclóricas das tradições étnicas brasileiras de uma época passada, de regiões rurais, isoladas e atrasadas, associando o desaparecimento destas práticas ao desenvolvimento da urbanização, negando-lhes qualquer possibilidade de eficácia atual. (Loyola, 1984a; Queiroz/Canesqui, 1986; Costa, 1980; Neves, 1984).

No contexto latino-americano atual, embora exista um contingente muito amplo de investigações nos quais procedem informações acerca da existência de diversas crenças e práticas médicas populares (geralmente na antropologia médica) e de estudos sobre o funcionamento dos serviços de saúde e implantação das políticas oficiais de saúde (geralmente na sociologia médica), pouco avanço tem sido feito no sentido de:

- compreender efetivamente a lógica subjacente à conduta terapêutica do paciente. Isto se deve, segundo Buchillet (1991), a 2 motivos: 1º) porque procura-se determinar os fatores que regem a utilização da medicina oficial em vez de se centrar o foco na análise da maneira pela qual os indivíduos se utilizam das diferentes alterna-

tivas terapêuticas, e 2º) pelo método utilizado nas pesquisas - geralmente com entrevistas nos centros de saúde, ou fora de episódios de doenças, o que dificulta a associação entre dados descritivos sobre percepções de saúde/doença com os comportamentos efetivos observados - itinerário terapêutico.

-produzir estudos diagnósticos e prospectivos acerca das possibilidades de integrações parciais das medicinas oficial e popular, bem como das possibilidades de se resgatar conhecimentos e práticas da medicina popular, incorporando-as na reformulação de políticas de saúde e no desenho de novos modelos de atendimento médico.

3.3. Sistemas Médicos: oficial, familiar e paralelo

O relacionamento de populações de baixa renda com os sistemas médicos oficial, familiar e paralelo tem sido analisado por alguns autores os quais destacamos: Loyola (1984a, 1984b, 1987), Boltansky (1984) e Buchillet (1991). Esses autores concordam que problemas de saúde neste segmento social são frequentemente tratadas com recursos terapêuticos familiares. O uso da "medicina familiar" costuma, portanto, preceder a busca do sistema oficial. Loyola e Boltansky sustentam também a hipótese de que as relações entre a medicina oficial e paralela são caracterizadas tanto pela complementariedade quanto pela oposição - esta última marcada por conflitos de classes.

Face à centralidade que os termos "medicina oficial", "medicina familiar" e "medicina paralela" ocupam neste trabalho, cabe precisá-los com mais rigor.

Por medicina oficial entendemos o conjunto de práticas envolvidas na oferta de serviços públicos de saúde às populações de baixa renda:²⁰ executada por médicos vinculados ao INAMPS e dos postos de saúde. Dentro do espectro médico estão em confronto mais direto com os membros das classes populares. A linguagem e o comportamento dos doentes das classes populares distanciam-se muito da atitude adotada pelos que estão no centro do modelo da relação médico-paciente, adquirido por esses médicos durante sua formação universitária. Estes médicos lidam com uma clientela, que em diversos graus, recorre também a diferentes especialistas populares e que considera a medicina oficial como uma entre outras ofertas médicas, embora considerem-na como "legítima" e "superior" (Loyola, 1984a).

São fornecedores de cuidados médicos referentes ao que Illich tem apontado no item 3 do capítulo 1, em especial à busca da cura sintomática das doenças, através da supressão de sintomas (via medicamentos) sem diagnosticá-lo segundo seu contexto sócio-cultural e ambiental. Esta tendência é aumentada ainda por se tratar de serviços prestados a populações de baixa renda, marcados pela precária qualidade no atendimento e diagnóstico, bem como no fornecimento de informações acessíveis. Refere-se, portanto, a uma prática médica voltada para o registro dos sintomas do que para o registro das causas.

Já o termo "medicina familiar" denota aquelas práticas terapêuticas resultantes de uma experiência acumulada pela família e/ou pelos vizinhos, quando puderam medir a eficácia tanto de uma prática propriamente familiar como da prática de outros especialistas nestas ocasiões. O conhecimento médico familiar, resulta, assim, segundo Loyola (1984a), "de uma expectativa prática na qual se associam inseparavelmente remédios caseiros, conselhos de vizinhos, diagnósticos e medicamentos de especialistas".

Os praticantes da medicina familiar expressam-se, atualmente de múltiplas formas em áreas urbanas: ora resgatando conhecimentos antigos sobre remédios caseiros, higiene, alimentação; ora recorrendo à medicinas paralelas na busca de "curas milagrosas", através de preces e orações; ora automedicando-se. Esta última tendência tem-se acentuando, principalmente em populações jovens que tendem a relegar os remédios caseiros e considerar os antibióticos, por exemplo, como mais eficazes "porque curam mais rápido".

Nesse sentido, Boltansky caracteriza a medicina familiar como "essencialmente imitativa", contentando-se as mães, de maneira geral, em reproduzir os gestos e palavras do médico:

"Longe de praticarem uma medicina paralela, as mães administram aos filhos remédios que o médico prescreveu anteriormente para tratar doenças similares" (Boltansky, 1984).

Ambos autores concordam que a prática médica oficial e familiar não são excludentes e sim complementares. As estatísticas mostram que a compra de medicamentos sem receita - possível indicador da importância da medicina familiar - não poderia ser considerado um comportamento isolado. E em amplos segmentos da população aqueles que compram remédios sem receita e aparentemente por sua própria iniciativa, compram também sob prescrição médica e consultam médicos (Boltansky, 1984; Haak, 1989).

Nesse sentido, Haak apresenta dados obtidos no estudo de uma farmácia em São Paulo, na qual 34% dos remédios à venda, foram comprados pelo próprio cliente, 22% prescritos pelos atendentes de farmácia e apenas 44% prescritos diretamente por um médico. O autor reconhece, entretanto, o caráter elástico do conceito de auto-medicação, não subestimando o papel do médico no consumo de remédios pois muitos dos remédios consumidos foram obtidos através de velhas prescrições médicas pessoais, ou pelas prescrições médicas de parentes e amigos. Em uma das vilas, por ele pesquisada na Bahia, uma mulher mostrou orgulhosamente sua própria farmácia doméstica, contendo entre outros - tetraciclina, cloranfenicol, etc:

"Em quase 1/3 dos casos estudados, substâncias perigosas foram usadas, seja para curar alguma doença evitável por outros meios, seja usando várias drogas ao mesmo tempo, desconhecendo-se os efeitos colaterais ocasionados" (Haak, 1989).

Apesar do Brasil deter uma posição de liderança mundial em número de farmacêuticos registrados e em consumo de remédios, pouca pesquisa tem sido feita no sentido de detectar como muitas destas drogas estão sendo produzidas, oferecidas, aplicadas e que importância elas tem no cotidiano das populações de baixa renda.

Há pouca consciência dos aspectos negativos da aplicação dos medicamentos modernos, sendo que a metade deles não aparece nem na lista da Organização Mundial de Saúde nem na lista nacional de drogas essenciais (RENAME).

Esse aumento no consumo de medicamentos, reforça a hipótese do desaparecimento, a longo prazo, das receitas e remédios caseiros e demais experiências acumuladas pelas famílias, associando-se cada vez mais a medicina familiar à oficial.

No caso do conceito de "medicina paralela", ele denota segundo Loyola, não um fenômeno limitado unicamente às áreas rurais:

"Ela não só é extensivamente praticado no meio urbano como, na percepção de seus usuários, seria responsável pela cura de numerosas doenças que o sistema oficial não consegue resolver nem os médicos conseguem explicar. Constituiria, assim, uma alternativa à medicina oficial" (Loyola, 1984a, 1991).

Este segmento, segundo esta autora, é composto por indivíduos sem formação universitária, que vivem geralmente nas comunida-

des, respondendo por várias especialidades terapêuticas: desde erveiros e benzedadeiras até umbanda, e candomblé e outras práticas de cura de fundo religioso, oriundas do protestantismo e do catolicismo.²¹

Evitamos uma abordagem que classifica tais práticas em termos de fenômenos mágicos, residuais e atrasados (preconizada pelos folcloristas) ou como revanche/oposição de classe, como sugere Boltansky, 1984. Para Neves (1984), Boltansky considera de forma unilateral as relações de dominação (de uma classe sobre a outra), ao adotar a oposição entre medicinas popular e oficial não levando em conta as formas de dominação e relações de poder que ocorrem entre segmentos e agentes de uma mesma classe social.

Para nossas finalidades, a expressão 'paralela' faz alusão a uma técnica terapêutica adicional e não substitutiva (um novo instrumento eficaz a aumentar seu próprio arsenal terapêutico (Buchillet, 1991) ou complementar (Loyola, 1984a, 1984b, 1987, 1991) com ressalvas quanto ao caráter concorrente à medicina oficial atribuído por Loyola à medicina paralela.

Na percepção dos praticantes da medicina paralela, questiona-se na medicina oficial o seu potencial para tratar certos tipos de doença. Isto não impede que ela seja concebida como superior e legítima. Para a medicina oficial, por sua vez, o modelo biomédico é percebido como indiscutível; se reconhecem a existência de outras práticas médicas, com frequência as mesmas são tratadas como charlatanismo, superstição ou crenças em vias de desaparecimento, sendo a falta de recursos financeiros o único obstáculo à imposição do consumo massivo

de tecnologias modernas. (Pedersen, 1989; Loyola, 1984a). Na percepção dos usuários, ambos os tipos são considerados complementares.²², embora não se questione a legitimidade e superioridade do saber médico oficial. Mas apesar de não rejeitarem as terapias oferecidas pelo sistema médico oficial, as populações de baixa renda em áreas urbanas procuram preservar opções alternativas de cura.

Na busca de explicação para este fato, cabe reconhecer, por um lado, que a falta de recursos econômicos constitui apenas um aspecto do problema (principalmente porque a assistência médica oficial é gratuita - SUDS). Além disso, parece importante identificar os fatores ligados a diferentes visões de mundo, do organismo e da saúde, que se contrapõem às cosmologias dominantes. Os especialistas de cura das medicinas paralelas utilizam uma linguagem mais acessível aos membros das classes populares e fornecem explicações que contemplam representações alternativas do corpo e da doença. Contrariamente ao médico oficial, estes geralmente, frequentam o mesmo meio social.

Por outro lado, a noção de eficácia subjacente à procura de medicinas paralelas pode preencher outras funções que o tratamento puramente sintomático da doença. Essas funções servem para confirmar noções-chaves sobre o mundo, e explica por que certos procedimentos considerados ineficazes de um ponto de vista biomédico continuam a ser colocados em prática por certas sociedades e/ou culturas e ajuda a compreender também a relação médico-paciente, propiciando aos primeiros uma visão mais ampla sobre as concepções de saúde-doença de sua clientela.

Finalmente, a busca de terapias alternativas parece constituir, também, uma via de escape aos custos elevados das receitas, as deficiências do atendimento, às longas filas e à demora para ser atendido pelas instituições oficiais.

Notas

20. Não contempla as práticas alternativas que existem no interior da medicina oficial, que em geral, são privados, minoritários e não correspondem aos objetivos dessa pesquisa.

21. Os especialistas das curas paralelas que tratamos aqui referem-se àquelas práticas encontradas em comunidades de baixa renda. Em outros segmentos sociais, as práticas terapêuticas podem ser exercidas por outros tipos de especialistas; alguns inclusive, às vezes, reconhecidos pela medicina oficial como é o caso por exemplo dos homeopatas. Laplantine F; Rayberon, P (1989) relacionam uma lista de medicinas paralelas, reconhecidas pela O.M.S. (vide em anexo).

22. Embora as categorias nem sempre sejam, desta forma, conscientes na população.

IIª Parte:

PERCEPÇÃO E COMPORTAMENTO EM
RELAÇÃO AO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA
EM COMUNIDADES DE BAIXA RENDA

Cap.4. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE ANÁLISE: MONTE SERRAT (MORRO DA CAIXA)

Os dados que apresentamos a seguir são originados de documentos IPUF (Instituto de Planejamento Urbano de Florianópolis), de uma pesquisa sócio-econômica realizada pelo Conselho de Moradores do Monte Serrat (realizado em janeiro de 1984) e de nossa pesquisa de campo, cuja integração nos permite elaborar a análise aqui apresentada.

4.1. Características ambientais e sanitárias

A comunidade do Monte Serrat, localiza-se no flanco oeste do Morro da Cruz, voltado para a área central da cidade, como se pode observar no mapa 1. Abrange uma área total de 33 ha, com uma população estimada de 3000 habitantes.

Suas encostas apresentam, em alguns pontos declividades bastante acentuadas, as quais restringiram a expansão do centro urbano de Florianópolis, que ali encontra uma barreira natural. Porém, tais áreas prestaram-se, em grande parte, à ocupação de populações de baixa renda, atraída tanto pelo baixo "custo" da terra quanto pela proximidade das mesmas ao centro urbano, onde se encontra a maior oferta de

INAMPS

HOSPITAL INFANTIL

HOSPITAL CELSO RAMOS
MATERNIDADE CARMELA DUTRA



SITUAÇÃO DA ÁREA
DE ESTUDO

medicinas oficiais e paralelas localizadas no centro/bairro
procuradas pela amostragem

empregos do município.

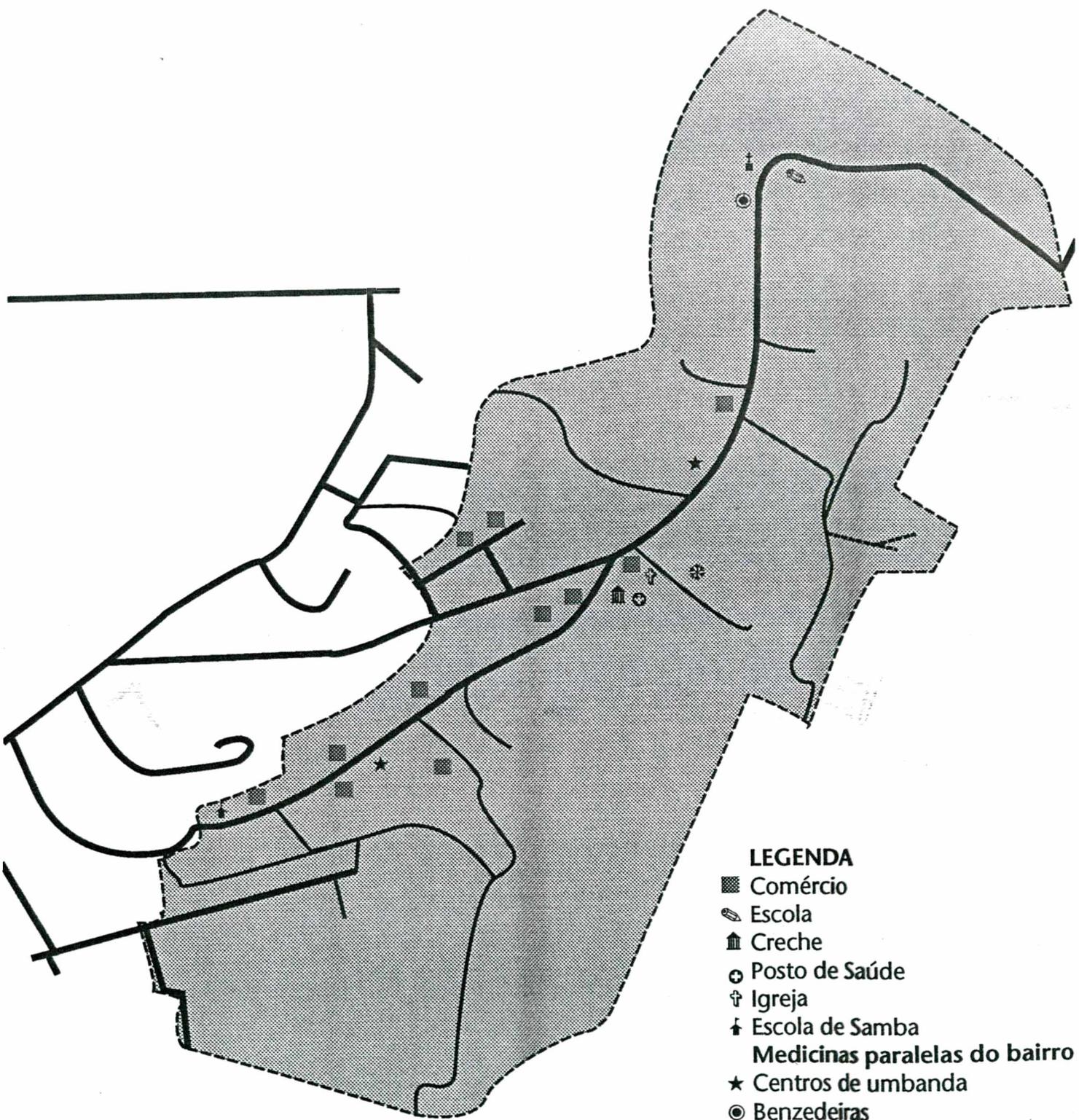
O processo de ocupação da área implicou na exploração e destruição gradativa de sua vegetação original - Mata Pluvial Atlântica de encosta, restando hoje, pequenas faixas de vegetação secundária.

As encostas do Morro da Caixa, bem como as drenagens nas vias principais representam áreas críticas em termos de preservação dado o maior risco de rolamento de pedras, deslizamento de terra e procesos erosivos devido ao escoamento.²³

As duas vias principais - Ruas Gal. Vieira da Rosaa e Nestor Passos, constituem o local de assentamento dos equipamentos e serviços de uso coletivo: a Igreja, a Escola de Samba, a Escola, a Creche, o Posto de Saúde e o comércio vicinal, como mostra o mapa 2. A intersecção de ambas, marcada pela presença da Igreja e da Caixa D'água, constituem um dos espaços utilizados como local de encontro das pessoas da comunidade.

Inúmeras são as servidões para pedestres com casas em toda a sua extensão, que iniciando nas referidas vias principais, adentram pela área de forma bastante irregular, geralmente não acompanhando as curvas de nível do terreno. As maiores são Nova Descoberta, Quebra-Ponte, Caminho do Encanamento e Pastinho. Destas, somente as duas primeiras são pavimentadas.

Os fatores que limitam a expansão da ocupação são as excessivas propriedades já existentes dotadas de cercas e cujos possíveis espaços livres a serem ocupados são determinados pelas famílias (em geral para usufruto de parentes) e a declividade acentuada de algumas



LEGENDA

- Comércio
- ▭ Escola
- 🏠 Creche
- ⊕ Posto de Saúde
- ✝ Igreja
- 🎭 Escola de Samba
- Medicinas paralelas do bairro
- ★ Centros de umbanda
- ⦿ Benzedeiros
- ✝ Assembléia de Deus
- ⊛ Parteira

Planta de Situação - Morro da Caixa

Escala: 1:5000

Fonte: IPUF, com inclusão de nossos dados coletados

Mapa2

áreas, muito embora algumas delas já estejam sendo ocupadas, com total ausência de infra-estrutura. As habitações mais precárias encontram-se nas zonas de cotas elevadas, com alta declividade e dificuldade de acesso.

Infra-estrutura

A situação do destino final do esgoto cloacal, do lixo, drenagem, abastecimento de água e energia elétrica são aspectos importantes para o diagnóstico e qualidade de vida da população; sendo os 3 primeiros, considerados mais problemáticos, cuja precariedade é acentuada quanto mais elevada a cota onde se localizam as habitações.

Esgoto Sanitário

Existem várias modalidades de despejo: desde a rede de esgoto convencional do sistema da CASAN em áreas de menor cota, rede de esgoto ligada à de drenagem pluvial (algumas particulares) fossas sépticas com sumidouro, fossas negras até o despejo a céu aberto em terrenos, ruas, valas e córregos de águas pluviais. Em aproximadamente 30% das habitações o terreno é rochoso, inviabilizando a execução de fossas. O aparecimento de vários tipos de doenças, principalmente em crianças e o mau cheiro, principalmente no verão, são alguns exemplos das consequências desta situação.

Segundo os dados que encontramos na pesquisa, verificamos que das 30 famílias entrevistadas, 18 não possuíam fossa séptica, apenas 12 responderam que possuíam fossa (geralmente a "fossa negra").

Para o IPUF, a solução do problema do esgoto demanda a execução de um sistema misto de rede e fossas sépticas.

Durante o período da coleta de dados de nossa pesquisa os líderes da comunidade juntamente com os médicos do posto de saúde estavam se propondo a encaminhar um trabalho de conscientização da população para o problema e reivindicar ao poder público o encaminhamento de soluções.²⁴ Tornou-se consenso a necessidade de primeiramente obter um diagnóstico mais preciso acerca de como se processa o destino final do esgoto cloacal, em cada domicílio. Foi sugerido utilizar a 1ª parte de nosso questionário e extendê-lo a toda a comunidade.

Atualmente (1992) a secretaria de obras do município está executando um sistema de rede apenas nas 2 vias principais, permanecendo o problema nas servidões; além disso, se esta instalação de rede não incluir um processo educativo no qual se incentive as ligações domiciliares à rede talvez os resultados não alterem a situação descrita.

Lixo

A coleta de lixo é feita 3 vezes por semana nas vias principais. E as habitações existentes próximas a estas vias é que, em sua

maioria, depositam nas lixeiras. Nas servidões, pela dificuldade de acesso, o lixo é depositado em terrenos baldios ou em barrancos.

Segundo o IPUF, seria necessário instalar pequenos depósitos que permitissem transporte manual para o despejo. Sugerimos ir mais longe e aproveitar o incentivo dado pela P.M.F. à triagem domiciliar do lixo. Apesar de densamente ocupada a área dispõe ainda de alguns espaços possíveis como por exemplo próximo a escola básica. Um estudo piloto feito por Ferreira, F., (1987) sobre as possibilidades de implantar um sistema de triagem domiciliar do lixo no morro do Mocotó (este inclusive, com menos áreas e condições de vida mais precárias) obteve resultados positivos tanto no engajamento de parcelas da população quanto na resolutividade do problema.

4.2. Características sócio-econômicas e culturais da população

Com base em dados obtidos através de uma pesquisa sócio-econômico realizada pelo conselho comunitário da comunidade (janeiro 1984) e analisada pelo IPUF, juntamente com dados obtidos com nossa pesquisa elaboramos uma análise das condições sócio-econômicas e culturais da comunidade.

A ocupação da região onde se situa a comunidade teve início por volta de 1860. Os primeiros habitantes teriam vindo da zona rural

de Antônio Carlos e eram pessoas de uma mesma família - os "Cardoso". Até 1950 havia poucas casas; aqueles que ocuparam áreas maiores iam cedendo partes aos filhos, irmãos ou parentes, configurando uma distribuição habitacional típica, com as casas bastante próximas e interligadas por servidões.

Atualmente toda a área do morro está ocupada - não há mais terrenos vagos. É comum a existência de 2 ou 3 habitações no mesmo terreno, e em geral de membros de uma mesma família.

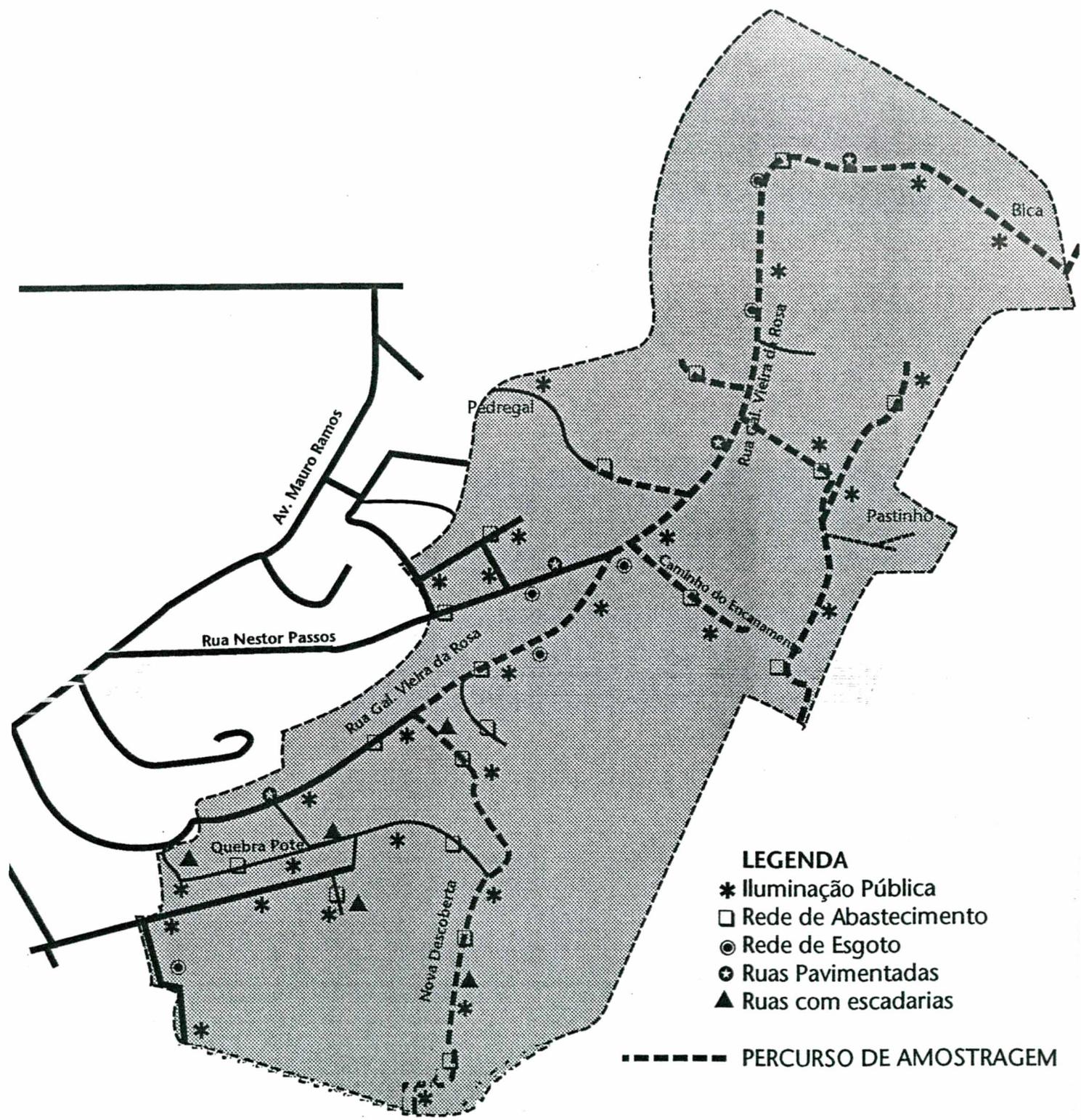
A população do Monte Serrat é predominantemente jovem: 58,5% das pessoas estão na faixa de 0 a 22 anos e apenas 9,6% acima de 50 anos; com predominância do sexo feminino e da raça negra (IPUF, 1985). Segundo este instituto de planejamento, residem nesta comunidade atualmente, em torno de 3000 pessoas sendo a média de pessoas por família na ordem de 4,8. Em nossa pesquisa esse número aumentou para 6,5 para cada família. Em relação ao número de cômodos 16 famílias possuem de 3 a 4 cômodos; 10 possuem de 5 a 6 cômodos e apenas 4 com 7 ou mais cômodos. Em geral as casas são pequenas e pelos dados coletados nota-se uma grande aglomeração de pessoas. Segundo um diagnóstico de áreas carentes do município de Florianópolis, realizado em 1991, esta comunidade foi classificada como uma entre as 10 áreas carentes do município (5 situados na Ilha e 5 no Continente).

No que se refere a procedência dos moradores, segundo os dados do IPUF, a grande maioria (70,1%) provém do município de Florianópolis vindo a seguir Antônio Carlos (11,2%). Em nossa pesquisa esta

diferença não se mostrou tão acentuada; 46,6% origina-se de Florianópolis -que nasceram no morro(36,6%) ou que se deslocaram de outros bairros da cidade(10%), enquanto que 36,5% provém de regiões rurais adjacentes e 16,6% de outras regiões do país (sendo que a maioria destes são rurais(10%).

Essas diferenças encontradas entre os dados do IPUF e os nossos, em relação ao nº de pessoas/família e procedência dos moradores, pode ser explicada levando-se em conta o fato de que nossa amostragem não abrangeu as famílias que moram na subida do morro; mas as servidões e a rua geral, acima da caixa d'água .(como mostra o mapa 3). Na pesquisa do IPUF, a maior porcentagem das famílias com menos quantidade de membros concentram-se no início da rua geral - locais onde as habitações e características populacionais são mais próximas de outros bairros da cidade. Em geral, são estudantes, professores ou funcionários públicos que possuem rendimentos e um nível de vida superior ao encontrado na população residente na área demarcada por nossa pesquisa.

De qualquer maneira, mais da metade das famílias moram a mais de 20 anos no morro, sendo a rotatividade bastante baixa. Existem poucas áreas disponíveis para ocupação/construção, e em geral já estão "reservadas" pelas famílias à seus descendentes, dificultando a entrada de novos moradores na comunidade. Além disso, para penetrar na comunidade, passa-se por um longo processo de "teste" feito por alguns membros da comunidade cujos objetivos e sutilezas devem servir de temática para outra pesquisa.



Planta de Situação - Morro da Caixa - Infra estrutura Urbana

Escala: 1:5000

Fonte: IPUF, com inclusão de nossos dados coletados

Mapa3

Economicamente, os dados do IPUF apontam que 79,7% das famílias contam com uma renda mensal não superior a 3 salários mínimos, sendo que destes a maioria - 48,3% recebe de 1 a 2 salários mínimos. Tendência confirmada em nossa pesquisa: 50% recebem de 1 a 2 salários; e 43,3% recebem até 3 salários mínimos. Apesar de baixa esta renda é obtida, em geral, com a participação de mais de um trabalhador por família. A média de pessoas que trabalham por família é de 2,5. Isto não significa, no entanto, uma situação de pleno emprego. Segundo dados do IPUF, "de uma população na faixa ativa (aqui considerada de 18 a 50 anos) na ordem de 248 pessoas, apenas 8% ou 33% exercem alguma atividade remunerada", confirmando o depoimento dos entrevistados no sentido de que o desemprego é um dos problemas com que se defronta a comunidade.

Da mesma forma que a maioria das comunidades de baixa renda de Florianópolis, a quase totalidade das profissões se insere no setor terciário e de construção civil, predominando as atividades de servente e serviços de limpeza. Outras atividades que ocorrem são de empregada doméstica, pintor, vigilante, motorista, balconista.

Entre os adultos o nível de instrução é relativamente baixo, sendo o analfabetismo ainda prevaiente: das 30 mulheres entrevistadas em nossa pesquisa, 11 responderam serem analfabetas; 7 que possuíam o primário incompleto; 7 possuíam o primário completo; 3 o ginásio incompleto e 2 o ginásio completo.

A maior parte dos moradores são adeptos da religião católica, mas também deve ser considerada a presença da Umbanda - 2 centros

com características diferentes entre si-, Assembléia de Deus e Espiritismo (embora esta não tenha um templo na comunidade). No que se refere à procura destas religiões como forma de cura de doenças é importante assinalar - como será desenvolvido em mais profundidade no capítulo 5 - que os centros de Umbanda e a procura por Centros Espíritas (no centro ou próximos ao morro) desempenham um papel importante na relação entre religião e cura, no qual o sincretismo religioso é o que mais prevalece.

Quanto a equipamentos sociais ou comunitários, a comunidade dispõe de uma escola de 1º grau, um CEBEM, uma creche, um posto de saúde e um centro comunitário.

A escola atende do primário à 1ª série do 1º grau. Em função de sua localização, à 1 Km do início do morro, a escola atende a uma demanda restrita -às crianças e adolescentes do próprio local. Em 1985 o número total de alunos foi de 370, sendo que destes, 267 ou 72% frequentavam a 1ª a 4ª série. Apartir da 5ª série ocorre a evasão escolar, momento em que as crianças precisam exercer alguma atividade remunerada. A repetência é outro problema sério que desestimula as crianças a continuarem estudando ²⁵. Esses dados confirmam uma tendência semelhante ocorridas com as crianças em relação ao nível de instrução das mulheres entrevistadas.

Funcionava, também, no prédio da escola um CEBEM (Centro de Bem-estar do Menor) mantido pela FUCABEM desde 1979. Em 1986, foi construído um prédio próprio para o CEBEM, localizado próximo a escola. Este atendimento é feito diariamente para crianças de 4 a 6 anos e

algumas carentes na idade de 6 a 8 anos, onde as crianças almoçam no local.

A creche situa-se próximo a Igreja e do Posto de Saúde e administrada pela Irmandade da Divina Providência, porém com recursos da LBA e da FUCABEM. Atende em torno de 140 crianças, na faixa de 3 meses à 6 anos, sendo que que 50 destas permanecem em tempo integral, pois são filhos de mães que trabalham fora e as restantes em meio período. Como a creche não consegue atender toda a demanda do local, a comunidade também utiliza a creche da LBA, situada fora da área do morro, mas próxima ao seu acesso principal.

Ao lado da creche existe desde 1980 um posto de saúde mantido pela P.M.F. (Prefeitura Municipal de Florianópolis. Atuam nesta unidade 2 médicos (1 clínico geral e 1 pediatra), 1 dentista e 2 auxiliares de enfermagem (moradoras da comunidade que foram treinadas). Os médicos e dentista atendem diariamente em meio-período e as auxiliares permanecem em tempo integral, fornecendo atendimento de ambulatório. Como nas demais unidades do gênero no município, o atendimento é feito em clínica geral e privilegia crianças e gestantes.

Na pesquisa realizada pelo IPUF, a maioria dos entrevistados responderam afirmativamente sobre a procura pela referida unidade. Porém, em nosso período de coleta de dados, pudemos perceber pouca recorrência da população ao posto de saúde local - também enfatizado pelos médicos do posto. Isto se deve, como se verá mais adiante, 1º) a existência de outras alternativas médicas, onde a oficial representa apenas uma delas, 2º) quando optam pelo tratamento médico oficial, em

geral o escolhem em função da preferência por um tratamento especializado, reforçando-se a hipótese da recorrência médica oficial, por parte da população, apenas nos casos mais agudos, ocasionando a não-utilização ou subutilização do posto de saúde.

Os problemas mais comuns da população são diarreia, verminose, problemas respiratórios -para crianças e hipertensão, diabetes e problemas de coluna -para adultos. Além do registro de alguns casos de AIDS, referentes a grupos de jovens que consomem drogas injetáveis.

O terreno onde está situado a Igreja congrega também vários espaços para uso comunitário, incluindo além da creche e do posto de saúde outros espaços para o desenvolvimento de diversos trabalhos comunitários (produção de sabão e de pão, curso de datilografia, peixaria e feira comunitária -incluindo nesta a venda de ervas medicinais²⁶).

O padrão alimentar desta comunidade, similar à muitas comunidades de baixa renda expostas a uma situação de carência generalizada, é relativamente baixo: Quando às mães foram questionados sobre como elas descreveriam uma refeição ideal a maioria (83,3%) respondeu incluindo um conjunto de alimentos, que analisados do ponto de vista da ciência dietética, possuem suficiência calórico-proteica e vitamínica. Porém, quando perguntados, na mesma sequência, sobre as possibilidades de se obter uma refeição ideal diariamente, expressões do tipo: "Come-se na medida do possível" (R.P., 37 anos): "Faço o que tenho em casa...tenho 8 filhos, ó são pequenos, não tenho como cuidá da alimentação de todos" (A.S., 45 anos), demonstram, para a maioria, as di-

ficuldades encontradas no cotidiano, optando por isso, em comprar e consumir somente o elementar que para elas compõe-se, na refeição principal do dia, de farinha, arroz (ou macarrão com molho) e algumas vezes de feijão; raramente seguido por carnes ou ovos - ambos considerados, por elas, como "comidas fortes", próprias para quem trabalha e precisa de "força física", porém de difícil aquisição. E de manhã ou a noite, o café preto, o pão de trigo e a margarina é indispensável para 90% dos entrevistados - embora muitas vezes é o café preto e unicamente ele que prevalece.

Nota-se que verduras e frutas não fazem parte do cardápio diário destas famílias; e quando consumidos é em geral devido a certas "facilidades", como por exemplo, uma entrevistada que tem uma irmã que trabalha numa verdureira no centro da cidade e traz os "restos". Das 30 famílias entrevistadas, apenas 4 afirmaram comprar alimentos na feira da comunidade, que se realiza todas as sextas-feiras, na Igreja, onde são vendidas frutas, verduras e peixes à preços mais baratos. Sendo que estas 4 mulheres participam direta ou indiretamente do conselho comunitário. Esse "desprezo" pela alternativa existente na comunidade pode ter duplo sentido: 1º) por considerarem verduras e frutas como não essenciais, ao consumo diário, no sentido de que aumenta o custo da refeição, 2º) assim como o problema do destino do lixo, os moradores das servidões à rua geral convivem com o problema do deslocamento dentro do morro, preferindo, deste modo, fazer suas compras no centro da cidade (próximos onde trabalham) e o pouco que falta compram na venda mais próxima.

O problema se complica para as mulheres acima de 50 anos, que em geral são viúvas e devido a suas dificuldades econômicas recebem, muitas vezes, alimentos ou de parentes ou da Igreja Santo Antônio ou LBA. "Peço ajuda pra família, mas eles ajudam pouco... Não converso com as pessoas, mas ninguém tem culpa... Só peço coisa prá comê (M.I., 77 anos), "O médico pede pra eu tomá vitamina, mas é de comida que eu preciso" (I., 79 anos).

Quanto às redes sociais estabelecidas, nota-se a predominância de relações de parentesco. Das 30 famílias, 20 responderam possuir parentes na comunidade; destas, 12 afirmaram pedir conselhos para a família quando estão com algum problema pessoal, 6 afirmaram não pedir à ninguém, 3 à líderes da comunidade ou vizinhos. Esta tendência acentuou-se quando foram perguntadas sobre a quem recorrem quando necessitam de alguma coisa (alimentação, locomoção...): das 20 famílias que possuem parentes 17 responderam para a família, 2 para ninguém e 1 para o patrão.²⁷ Dos que não possuem parentes, a maioria (90%) não pede emprestado para ninguém. Apenas em casos de doenças o quadro se altera: mantém-se o percentual para os que possuem parentes e para os que não possuem parentes, 6 responderam para vizinhos, 2 para ninguém e 2 para líderes comunitários.

Em relação aos principais problemas da comunidade, considerados por elas, a falta de destino para o esgoto cloacal foi o mais citado (53,3%); a violência (33,3%) foi o 2º problema mais citado, seguido pelo calcamento (23,3), desemprego (26,6%) e outros (6,6). Além

disso, 10% das entrevistadas demonstraram não ter interesse sobre a questão.²⁸

Quanto a quem pode resolver tais problemas, 38,3% responderam a P.M.F. e o governo, 13 mulheres responderam que não sabiam quem podia resolver e 5 responderam os próprios moradores.²⁹

Em relação à organização social dos moradores do monte Serrat é importante destacar que desde 1950, já havia uma intenção de realizar um trabalho comunitário, iniciado pela atuação de um padre. Trabalho, este, que foi interrompido por ocasião do golpe de 64 e retomado no final da década de 70 por um grupo de religiosas e por iniciativa de alguns moradores.

Apartir da década de 80, a organização teve um novo impulso, seja pela criação do Conselho Comunitário (neste mesmo ano) seja também pela atuação de um padre, que passou a morar junto à Igreja da comunidade.

A 1ª diretoria do Conselho Comunitário permaneceu até dezembro de 1983, quando houve nova eleição para a gestão (1983-1985) que procurou entre outros, desestimular os programas puramente assistencialistas e clientelistas vigente até então, como demonstra Muller (1992):

"a eleição da nova diretoria marca um momento importante na história dessa organização, quando começa a se processar mudanças significativas em sua orientação.

Antes desta data, a organização de moradores não se diferenciava muito dos demais conselhos comunitários do município, com uma forte ingerência do poder estatal.³⁰

A atuação do conselho a partir de 1984, orientou-se gradativamente para outra perspectiva de trabalho incentivando a formação de novos grupos, alguns sob a forma de cooperativas de produção e consumo e outros voltados a questões específicas da área de educação, saúde e infra-estrutura.³¹ Para Muller, esta reorientação se fundamenta:

"no surgimento de novas necessidades que demandam maior autonomia das pessoas e grupos numa reação à reprodução das relações de subordinação e de domínio. Nesse processo, os moradores organizados vão se reconhecendo enquanto sujeitos sociais capazes de projetar autonomamente suas práticas" (Muller, 1992).

Segundo ela, essa orientação se observa no decorrer de um processo que perpassa algumas gestões da diretoria (1983-85; 1985-88; 1988-92), as quais se diferenciam entre si pela maior ou menor aproximação a essa perspectiva de ação coletiva.

Porém, apesar do trabalho da Igreja ter ocupado enormemente espaço no conselho durante várias gestões, uma parcela da população entrevistada - influenciadas pelas lideranças comunitárias mais conservadoras, ligadas a uma tradição clientelística e que segundo eles,

perderam espaço "pelo trabalho do padre"³² - preferem uma política assistencialista (receber alimentos, alguma quantia monetária, alguns deslocamentos motorizados...em troca de apoio político, principalmente através de votos), ao contrário da constituição de um grupo autônomo capaz de reivindicar seus direitos básicos de cidadania.

Quando questionamos a nível de participação das famílias - tanto na organização do conselho quanto nas atividades a ele relacionados, apenas 7 mulheres das 30 pesquisadas, afirmaram sua participação. A maioria enfatiza a sua falta de tempo: "Trabalho o dia todo no centro, e quando volto tenho que cuidá das crianças, da casa e fico cansada"(F.T., 39 anos); "Eu quase não saio de casa, tenho muitos filhos e não sei quais os problemas da comunidade" (C.V., 43 anos)

E quando questionadas mais a fundo, muitas demonstraram seu descontentamento com o trabalho do conselho, por este misturar política comunitária com política partidária, reforçando a necessidade de uma política assistencialista: "Se ficá esperando, a gente não ganha nada..., o padre devia aceitar qualquer coisa que vem pro morro...só porque é de outro partido ele não pega" (K.V., 30 anos) "Todos queriam o posto policial que iam botá aqui, menos o padre...O padre diz: Se botá (o posto) a violência gera violência e ele acha melhor resolver o que é a causa da violência...Mas quando vai se resolver? Nós vamo te que fica esperando?"(S.R.G., 33 anos).

Devido a falta de espaço muitas atividades do conselho comunitário são realizadas em torno da Igreja (feira, produção de pão/sar-

bão...)). Este fato faz com que algumas famílias pelo seu descontentamento (ou não entendimento) associem alguma melhoria realizada aos interesses apenas daqueles que já participam do conselho ou nas atividades a ele relacionadas, não entendendo que se trata de uma iniciativa que pode se estender a todas as pessoas que desejarem participar: "O pessoal do conselho resolve os problemas, mas só pra eles" (J. C., 66 anos), "Peço pouca ajuda ao padre...Eles trabalham mais para quem tem filho na creche" (M^ã I., 77 anos)

Como atividade de lazer, as mulheres responderam em geral que trabalhavam em casa (46,6%), assistem TV(40%), visitam amigos (26,6) e outros (13,3%).³³ As crianças, em geral, brincam nas próprias ruas e servidões. Há um time de futebol organizado na comunidade que, por falta de um campo próprio, utiliza espaços de outras localidades.

Os encontros para uma "batucada" também fazem parte do cotidiano dos moradores, tendo o samba uma forte presença na identidade cultural da população. A escola de samba Copa Lord, considerada uma das mais importantes da cidade foi fundada no Monte Serrat na década de 50, movimentando a vida da comunidade na época do carnaval.

Notas

23. O rolamento de pedras tem sido motivo de constantes denúncias nos meios de comunicação.

24. Momento, também em que estava-se tentando gestar uma campanha de conscientização para o problema da cólera.

25. À respeito dos problemas escolares na comunidade ver trabalho de Mendes, L. A. de. 1990: "Análise do processo educativo na comunidade do Monte Serrat". ETFSC, mimeo.

26. Através do conhecimento e experiência de um trabalho com ervas medicinais, uma irmã (que coordenava o grupo de produção de sabão) passou a orientar os participantes na identificação, coleta, secagem de ervas, preparação e utilização dos chás caseiros. As mulheres passaram a cultivar algumas ervas e juntamente com a "irmã" fizeram algumas visitas a um pequeno mosteiro, no Rio Tavares, para coletar outras plantas. Estas são embaladas, etiquetadas (com orientação de sua utilidade) e vendidas numa barraquinha em frente à Igreja, no dia da feira.

27. Das 17 mulheres que responderam para a família, 2 incluíram também os líderes da comunidade.

28. Nessa classificação, 9 entrevistadas sugeriram mais de um problema. As porcentagens foram calculadas em função de cada indicador em particular.

29. Detes, 2 incluíram além da P.M.F. e governo, os próprios moradores e 3 os líderes da comunidade.

30. A organização dos conselhos comunitários, em geral, estava relacionada à mobilização da comunidade por alguns moradores que possuíam ligação aos partidos conservadores no poder. A ação junto ao poder público visava a obtenção de alguns benefícios para o atendimento de necessidades locais, mas sob bases nitidamente clientelistas. O atendimento a alguma solicitação era normalmente atribuído pelo apoio a programas assistenciais ou pelo comprometimento do voto em futuras eleições. À respeito ver Muller, 1992: "Organização dos moradores em Florianópolis numa perspectiva de necessidades radicais. Dissertação de Mestrado. UFSC.

31. Foram criadas diversos grupos: produção de sabão (e mais tarde de produção de pão caseiro); uma comissão de abatecimento, responsável pela venda de peixes e pela organização de uma feira comunitária; grupo de corte e costura. Estas experiências apresentaram bons resultados e tornaram-se referência para outras comunidades (Morro do Horácio, Morro do Limoeiro, Vila Aparecida e Praia do Forte - nesta somente a feira).

32. depoimento de um cabo eleitoral do PDS no morro.

33. Nessa classificação algumas entrevistadas apontaram mais de uma atividade de lazer.

Cap.5. Percepção e comportamento em Relação ao Processo Saúde-Doença

Para caracterizar as percepções da população em relação ao processo saúde/doença é necessário ter em mente a descrição feita no cap.4 quanto as condições e qualidade de vida das populações analisadas.

O meio ambiente pessoal (alimentação, trabalho, condições sanitárias) e os modelos de comportamento (que inclui redes sociais e participação comunitária) já foram descritos no cap.4, compondo um cenário das condições de vida da população nesta unidade de análise. Alguns indicadores do estado bio-psíquico também já foram levantados. Neste capítulo aprofundaremos as relações entre as condições de vida e o estado bio-psíquico, em especial o estudo da percepção e comportamentos correspondentes referente ao processo saúde/doença.

5.1. Concepções de saúde/doença

Na 1ª fase das entrevistas procuramos obter dados sobre as condições da casa, o ambiente externo, as redes sociais, alimentação, os sintomas, causas e tipos de tratamento de doenças específicas bem como as medidas preventivas e o significado de saúde/doença para elas.

Quando perguntadas sobre o que é saúde, em geral as respostas eram sempre evasivas: respondiam com algumas poucas palavras e esperavam outros questionamentos. Em geral, todas respondiam de maneira semelhante, simplesmente fazendo oposições - "ter saúde é não ter doenças", "ter doenças é não ter saúde" e não conseguíamos, deste modo, medir a importância e o significado que saúde/doença tinha para elas.

Por isso, optamos numa 2ª fase da coleta incorporar algumas categorias baseadas na experiência de pesquisa de Elsen(1984). Utilizamos seu modelo de análise com algumas modificações, mais adaptadas às especificidades de nossa unidade de análise. Percebemos, igualmente como nos resultados obtidos por Elsen que era mais fácil para as mulheres descreverem as características de uma pessoa saudável bem como descreverem as causas, prevenção e tratamento das doenças por elas próprias citadas (como veremos mais adiante) do que falar abstratamente de saúde em geral.

Para Elsen, o conceito de saúde-doença é multidimensional e envolve ao menos 4 categorias: 1º) características físico-comportamentais; 2º) trabalho ou atividades físicas; 3º) estado psicológico; 4º) presença ou ausência de doenças. Em geral, para as entrevistadas, o conceito de saúde, compõem-se de uma ou mais das categorias acima citadas e varia conforme a idade, gênero e experiência cotidiana. Por isso, da mesma forma que para Elsen, apresentamos uma descrição feita pelas entrevistadas sobre uma criança saudável, um homem saudável, uma mulher saudável e uma pessoa idosa saudável, individualmente. Alertamos que os números entre parênteses referem-se a soma dos indicadores das respectivas tabelas.

criança saudável - Para a maioria a categoria "características físico/comportamentais" e seus respectivos indicadores foram os mais apontados. Entre eles, o indicador "se come bem" ocupa o 1º lugar (20), "se é gorda" ocupa o 2º lugar (8), e em 3º, "se dorme bem" (4). A ênfase dada aos 2 primeiros indicadores - alimentação e gordura estão relacionados a uma situação de carência alimentar generalizada tanto no que se refere a qualidade quanto na quantidade (como foi demonstrado no cap.4) e caracterizado muitas vezes através da aparência física - principalmente a gordura.

Uma outra maneira de medir uma criança saudável é através de sua capacidade para realizar atividades físicas - por ex., se brinca(16) e também através de seu estado psicológico - por ex., se é alegre (7), como demonstra o comentário a seguir: "A minha filha não nasceu assim (doente mental), mas desde pequena eu já notava que ela era quieta, não falava muito, não brincava. Quando veio a menstruação, ela ficou mais estranha ainda e com medo das coisas" (N.C., 65 anos).

O indicador "se chora" foi apontado apenas por 4 mulheres. Na verdade, muitas mães associam o "choro" d criança à "fome": "Meu filho chora muito, mas eu sei que a maioria é quando ele tá com fome ...Se ele chora eu dou comida e ele pára (de chorar) e já fica alegre, eu sei que não tem problema; o problema é quando ele fica triste, não brinca. (A.F., 43 anos); "Eu tô sempre preocupada com minha filha, mas minha mãe me diz: ela é magrinha, mas brinca, corre. Se ela ficá sem vontade prá nada aí pode ser anemia... (R. falando sobre sua filha de 6 anos).

A ênfase colocada no indicador "não ter febre" (9), associado com o indicador "não precisar levar no médico" (10), reforça a hipótese da procura de atenção médica oficial, na maioria, apenas em casos de doenças graves - ou não curáveis pelos recursos domésticos que será discutido mais adiante.

Em relação à categoria presença/ausência de doenças, o indicador "apenas problemas temporários" reflete uma tendência, demonstrada também na pesquisa de Elsen e Loyola, no qual alguns problemas na infância são esperados, por ex., sarampo, caxumba, catapora, resfriado, vermes... Estes 2 últimos, por muitas, são tidos como normais (como parte de uma criança saudável), cujos sintomas elas já conhecem através de experiências ocorridas com seus filhos ou vizinhos e raramente procuram atenção médica para viabilizar o diagnóstico e tratamento.

Somente quando mal curadas ou quando se percebe a persistência de sintomas - sobretudo a febre, e/ou o aparecimento simultâneo de outras doenças durante o tratamento familiar, as mães recorrem quase sempre ao tratamento médico oficial.

Em relação a esta categoria ainda, é importante assinalar que apenas uma mulher relacionou uma criança saudável com "não precisar tomar remédios". Na verdade, a maioria das doenças são tratadas com doses de medicamentos (ou de receitas médicas antigas, ou de vizinhos/parentes ou de farmacêuticos) tornando o consumo de medicamentos como parte do cotidiano de adultos e crianças. O consumo de medicamentos, portanto, não é um critério para definir se uma pessoa é saudável

ou não: ele não só é extensivamente usado como às vezes é usado em combinação com ervas medicinais, variando conforme a "gravidade" da doença, percebido por elas. O tratamento para vermes, por exemplo, é inicialmente baseado na administração de chás caseiros.

mulher saudável - De acordo com a tabela 2 a categoria mais citada foi trabalho e atividades físicas, em especial o indicador "se consegue fazer o trabalho de casa e/ou o trabalho de fora", como forma de complementar o salário do marido.

O papel de mãe/mulher, principalmente como responsável pelos filhos, pela casa, está associado à outros indicadores por elas mesmas descritos. Uma mulher saudável, à nível psicológico, precisa ser "forte" (14), isto é, não ser fraca nem cansada ³⁴ e estar com "disposição", principalmente para realizar as tarefas domésticas e/ou trabalho remunerado (16) e à nível biológico, "não se queixar" (13) de algum problema, que só ela, em geral, poderá resolver (embora algumas tenham relatado alguns problemas ligados à queda de pressão, pequenas dores e males causados pelas preocupações com família e trabalho doméstico). E quando ocorrer alguma doença, esta terá que representar para 12 mulheres "nenhum problema sério", que possa impossibilitar o seu trabalho diário e que seja possível protelar os cuidados necessários, como se evidencia na declaração de C.C., 58 anos: "Às vezes eu sinto alguma coisa, mas não falo...eu até escondo, não fico dizendo que sinto isso ou aquilo, mesmo quando me perguntam; é porque tenho

que cuidá dos filhos, do trabalho, só quando não dá mais para aguentar, aí eu vejo o que é".

Em relação aos indicadores alimentação e descanso nota-se que foram relativamente pouco citados, ao contrário da descrição feita para uma criança saudável.

Da mesma forma que para criança saudável poucas foram as mulheres (2) que relacionaram ser saudável com "não precisar tomar remédios". A medicina familiar, como foi caracterizada no cap.3, compõem-se de remédios caseiros, mas também de remédios prescritos por médicos, utilização de antigas receitas médicas (suas ou de vizinhos/parentes), conselhos de farmacêuticos. É importante destacar que o consumo de medicamentos é maior entre as mulheres (comportamento, considerado por elas, como "normal"), com preferência a remédios "fortes", capazes de curar rapidamente os sintomas.

homem saudável - De maneira geral, um homem saudável segue as mesmas tendências encontradas para uma mulher saudável, variando em alguns indicadores, específicos de cada gênero.

Na caracterização de um homem saudável é admitida a presença de doenças, porém estas devem ser consideradas como representando "nenhum problema sério" (13) que possa inviabilizar sua rotina de trabalho (23), com a conseqüente perda do emprego.

A categoria "não se queixa", enfatizada para as mulheres é citada apenas 2 vezes, representando o importante papel da mulher/mãe

no processo saúde-doença da família, o qual é reforçado através dos relatos feitos por elas: "O meu marido quando não tá bem , já fica todo preocupado. Eu é que tenho que providenciá as coisa...os remédios ou marca consulta. Eu também me informo com outras mulhé aqui da vizinhança sobre o que é (a doença) e como tenho que tratá...Agora quando dá o problema de pressão que ele às vezes tem, então ele já tem o remédio e já sabe... ou então quando não tem ele compra na farmácia" (Que remédio é este?) "é hidroclorotiazida!" (A.F., 43 anos). E mesmo em casos onde tanto o homem quanto a mulher estão doentes, em geral é a mulher quem cuida, por ex.: "Eu tenho diabete e meu marido tem pressão alta, eu é que aplico a insulina e cuido da pressão dele...eu tô sempre preocupada com ele" (N.C., 65 anos).

é importante observar que o indicador "não tem muitas preocupações" e o indicador "se tem boa higiene" não parecem caracterizar um homem saudável. Enquanto estes indicadores são representativos de uma mulher saudável, para um homem saudável aparece o indicador "se não tem vícios"- álcool, fumo (14), como se evidencia nestes exemplos: "O meu filho já tem filho e tudo...Ele às vez em quando tem algum problema de saúde, mas nada muito sério... O que estraga ele é a bebida" (J.C., 50 anos) "Graças a Deus, meus filhos não tem esse problema" (M.A., 39 anos)

Alertamos para o fato de que estas considerações referem-se as percepções das entrevistadas, ou seja das mulheres sobre seus maridos. Estes, segundo suas próprias percepções, podem ou não confirmá-las.

idoso saudável - Na descrição de um idoso saudável as 4 categorias são apontadas porém os indicadores a elas correspondentes sofreram alterações. Na categoria "características físico-comportamentais" 2 novos indicadores foram citados: "se caminha" (20) e "se fala bem"(18).

Em relação a categoria "trabalho e atividades físicas", o indicador "trabalho moderado" (12) expressa a visão segundo o qual um idoso saudável já não possui certas capacidades físicas e mentais de executar trabalhos da mesma forma que um homem ou mulher saudável, porém é esperado que o idoso desempenhe algumas tarefas mais simples (seja no trabalho de casa ou fora).

Em relação a categoria "presença/ausência de doenças é registrado um novo indicador - problemas da idade (10), o qual é tido como possíveis e normais de acontecerem para pessoas idosas (incluindo as doenças crônicas como reumatismo, hipertensão, diabete...)

Estas categorias, de forma integrada, nos demonstram a visão de um idoso saudável, segundo o qual mesmo tendo algum problema(típico da idade) consegue desempenhar alguma atividade, mantém a lucidez, tem disposição e não depende tanto de outros membros da família para sua sobrevivência, cuja dedicação integral nem sempre (ou raramente) é possível. Isto pode ser evidenciado nos exemplos obtidos pelas entrevistadas sobre seus parentes: "Meu avô tem 85 anos, ele tem diabete, pressão alta, mas eu acho ele saudável, porque apesar de tudo ele caminha, tem força de vontade e fala bem" (L.A., 39 anos). "Minha mãe tem 74 anos, pressão alta, mas ela faz alguma coisa em casa... me a-

QUADRO 4 - DESCRIÇÃO DE UM IDOSO SAUDÁVEL

CATEGORIAS	PESSOAS ENTREVISTADAS																													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Características Físico-Comportamentais																														
Consegue Carregar Peso												●		●						●								●		
Caminha	●	●	●	●	●	●		●	●				●	●	●	●			●	●			●	●		●		●	●	●
Fala Bem			●	●				●	●	●				●			●	●			●			●	●				●	●
Estado Psicológico																														
É Alegre									●															●					●	
Tem Disposição		●						●			●	●						●									●			
Trabalho ou Atividade Física																														
Trabalho mais Simples e Moderado													●																	
Presença/Ausência de Doenças																														
Nenhum Problema Sério											●							●						●		●				
Problemas de Idade	●		●		●				●						●					●		●				●			●	●
Não se Queixa		●														●				●										●
Outros																								●						

ajuda a cozinhá, lavá, toma o remedinho dela...eu não preciso tá em cima cuidando...(R.S., 36 anos); ou sobre pessoas que elas conhecem na comunidade: "Tem uma senhora de 90 anos, que mora lá no "morro do céu" (próximo ao topo do morro), ela sobe o morro todinho, fala bem...ela até dança"(J.F., 49 anos). "Tem a Dona B., uma velhinha de 100 anos que sobe e desce o morro... eu sabia que ela teve acamada um bom tempo... mas agora olha só!" (S., 38 anos).

Em relação a categoria "estado psicológico" um idoso saudável é caracterizado por algumas entrevistadas como aqueles que tem "disposição e vontade de viver"(6) e é alegre - "não se desanima"(3). Por outro lado, um certo grau de fraqueza e cansaço são esperados, ao contrário da descrição acerca do indicador "ser forte" feita para a mulher saudável.

Em nossa pesquisa, entrevistamos algumas mulheres idosas (6). Destas, 3 estavam com doenças generalizadas. Uma delas, mesmo tendo câncer nos ovários, considerava-se mais saudável que sua filha que é excepcional. Para ela há uma certa compensação de sua situação presente devido a um passado saudável: "Eu sô doente agora, mas eu já vivi bastante, já tive feliz,... a minha filha não, ela não conhece as coisas, tá sempre assim e vai morrê assim" (M.I., 77 anos).

5.2. Causas e Medidas preventivas

Os exemplos que usaremos referem-se à problemas de saúde citados pelas entrevistadas no processo de coleta dos dados. Em geral, são problemas que refletem tanto as experiências de doenças do passado quanto aquelas ocorridas no período de coleta de dados.

Da mesma forma como no significado de ser saudável, as causas de doenças e medidas preventivas variam também conforme idade, gênero e tipo de doença.

Para cada doença, as mulheres apontavam a época do ano em que haviam mais incidência, quem era mais atingido, sintomas, causas, grau de perigo e quem e como é tratada, conforme o questionário em anexo. Neste esquema as doenças mais relatadas estavam relacionadas a problemas infantis enquanto que as doenças de adultos e idosos foram mais relatadas no item "questionário da doença", (em anexo).

Dentre as causas das doenças 2 categorias sobressaem: 1) naturais -alimentação, condições climáticas, higiene, hábitos, estado psicológico(problemas emocionais, ligados a situações de stress.) e trabalho; e 2)sobrenaturais -causadas pela intervenção de "espíritos maléficos" ou por pessoas que fazem maldade (por inveja ou vingança).³⁵

Para crianças, os problemas mais citados foram: problemas respiratórios -bronquite (9), gripe (22) pontada (11); vermes (21)-algumas referem-se a "piança de bixa" ou "ataque de bixa", diarréia (18), desidratação (8); anemia (4), alergia (2); arca caída (2); mau-olhado (5) e em menor Proporção outros problemas considerados por elas

como graves: crianças mongóis, aleijados.. que em nossa amostragem não foi abrangido.³⁶

Enquanto que para adultos foram citados mais doenças crônicas, para crianças, as doenças mais citadas referem-se as que ocorrem com mais frequência, e em geral trata-se de doenças consideradas por elas como "simples" ou "leves", como mostra a tabela 5 (página 111).

Em geral, as causas de doenças em crianças, segundo as entrevistadas são devidas às impróprias condições ambientais, alimentares e higiênicas. As condições ambientais e higiene pessoal são usualmente vinculadas a desordens gastrointestinais, como por exemplo, a diarreia, desidratação, vermes. Este inclui todos os tipos de parasitas intestinais, raramente há uma diferenciação entre os tipos de vermes existentes, mesmo em situações onde é realizado exames clínicos.

Brincar na sujeira (perto do esgoto) e não ter os devidos cuidados com o corpo - por ex., não lavar as mãos, não tomar banho, andar descalço e contato com coisas sujas são alguns exemplos de causas de doenças, citadas pelas mães, cujas alterações de comportamento nem sempre são possíveis. A maioria relatou os cuidados necessários quanto à higiene ambiental e alimentação (em especial os cuidados em relação aos alimentos não lavados e/ou mal cozidos) para evitar problemas gastrointestinais, principalmente vermes, porém nem sempre é possível efetua-los na prática: "Eu tenho muitos filhos prá cuidá... eu digo pra eles não brinca perto do esgoto e na areia suja...eu até tranco eles dentro de casa, mas eu não posso tá sempre em cima deles...quando

eu vejo eles já tão lá (na vala do esgoto), brincando de novo". (A.F., 43 anos). Evidência deste fato é que enquanto conversávamos (com esta e outras entrevistadas) seus filhos brincavam perto do esgoto a "cú aberto" e na areia suja.

O grau de perigo apontado por elas em caso de vermes é o "ataque de bixa". Muitas mães relataram casos acontecidos com seus filhos: "Quando deu ataque de bixa, ele ficou todo roxo, com espuma pela boca e as bixa atravessavam pelo nariz" (R.S., 37 anos). Outro perigo apontado é quando os vermes "embolam" devido a "injeção dada pelo médico": "Não se deve dá injeção quando a criança tá nesse ponto, 1º tem que dar chá para acalmar e depois sim dar remédios" (V.S., 34 anos). Esses, em grande parte, já conhecidos por elas, devido a longa experiência com este problema adquirido entre a família e vizinhos.

As fases da lua exercem um papel importante, na percepção delas, no desenvolvimento das verminoses: "A lua crescente faz com que a bixa cresça" (M.O.P., 40 anos). Portanto, segundo elas não se deve dar algum medicamento nessa época.

Algumas(2) fazem exames periódicos para saber se tem e qual o tipo de vermes e outras (3) dependendo da fase da lua dão remédios por períodos consecutivos: "O certo é fazer um exame todo o ano nas crianças" (A.B.C., 42 anos): "De 3 em 3 meses eu dou .ASCARDYL -um remédio que o farmacêutico me deu pra vermes, mais chá de hortelã" (O.C., 42 anos).

DOENÇAS	SINTOMAS	CAUSAS	GRAU DE PERIGO	QUEM TRATA
MES	- DARRRIGA GRANDE C/DORES - NÃO BRINCA (tem sono) - PALIDEZ/VÔMITO/DIARRÉIA	- BRINCAR NA SUJEIRA - ALIMENTOS MAL COZIDOS E MAL LAVADOS - ANDAR DESCALÇO - COMER DOCES	- 'ATAQUE DE BIXA' - 'VERMES EMBOLAREM' (quando o médico dá' injeção)	EM CASA
DIARRÉIA	- NÃO BRINCA - FEZES MOLE	- BRINCAR NA SUJEIRA - ALIMENTOS MAL LAVADOS - ALIMENTOS ESTRAGADOS	DESIDRATAÇÃO	EM CASA
DESIDRATAÇÃO	- OLHOS FUNDOS - VÔMITO - NÃO BRINCA	- 'CONTÁGIO NA CRECHE' - MA' ALIMENTAÇÃO - POUCO CONSUMO DE ÁGUA	ANEMIA	EM CASA
TOSSIDE	- NARIZ ESCORRIDO - TOSSE - FEBRE	- FRIAGEM - MUDANÇA DE CLIMA	NÃO TEM	EM CASA
RESFRIADO (*)	- GRIPE - CATARRO - FEBRE	- UMIDADE/FRIAGEM - 'CONTÁGIO'	NÃO SABEM	MÉDICO (posto) EM CASA
ANEMIA	- FRAQUEZA - MAGREZA - NÃO BRINCA	- "NÃO COME O NECESSÁRIO" - GENÉTICO	LEUCENIA	EM CASA BENZEDEIRA
ALERGIA	- COCEIRA - FERIDA NA PELE	- NÃO SABEM	NÃO SABEM	MÉDICO (posto) EM CASA
COBRERO'	- FERIDAS NA PELE	CONTATO COM: - LAGARTIXA - ARANHA	NÃO TEM	BENZEDEIRA
OLHADO	- CANSAÇO - NÃO COME - 'SÓ QUER DORNIR' - PALIDEZ	- INVEJA - VINGANÇA	ANEMIA	BENZEDEIRA CENTRO ESPÍ- RITA
ARCA-CAÍDA'	-DOR NAS COSTAS - NÃO COME - DIARRÉIA - CHORA MUITO	- MAU JEITO DE PEGAR A CRIANÇA	NÃO SABEM	BENZEDEIRA EM CASA

) - Pneumonia, na linguagem científica.

S: Este quadro foi preenchido segundo as doenças ou problemas infantis mais citados pelas entrevistadas.

Os problemas respiratórios (gripe, pontada) também foram bastante citados, sendo o inverno o período de maior incidência. As condições climáticas exercem uma importância muito grande na descrição das causas (mudanças bruscas de clima, vento, umidade, friagem). Para pontada o "contágio" (principalmente na creche) aparece como uma possível causa.

O tratamento, em geral, é feito em casa com uso de chás ³⁷ e remédios adquiridos de outras consultas médicas ou conselhos de farmacêuticos e vizinhos. Quando a criança fica muito fraca, as mães relatam procurar o médico do posto.

Em relação às vacinações, percebe-se que a maioria leva seus filhos ao posto de saúde para vacinar, porém nota-se pouco entendimento de qual vacina é administrada e o que significa para saúde. Infelizmente, nem todas as mulheres foram indagadas sobre esta questão, o que torna esta constatação bastante provisória; de qualquer forma serve como pista para pesquisas que tenham como objetivo saber como as campanhas de vacinações são assimiladas pela população.

No caso de anemia é recomendado realizar um tratamento caseiro e entre as causas é colocado um indicador de ordem hereditário (ou genético): "Eu não sabia que meu filho tava com anemia, eu não via nada, ele brincava...Eu acho que a causa é desde a gravidez...eu tive e tenho anemia, além de inflamação nos ovários (M.L.D. 29 anos, falando de seu filho, que morreu com um ano e meio de idade), ou então associa-se a causa hereditária a um descuido no padrão alimentar: "Meu filho já nasceu fraquinho e enquanto ele crescia eu não cuidei direito o

que le devia comê... eu trabalhava muito, sabe, eu não tinha tempo,; então ele comia qualquer coisa" (S.R.G., 33 anos).

Por outro lado, como se demonstra no quadro, existe outras doenças ocorridas em crianças no qual nem as causas nem os tratamentos são similares às demais doenças citadas, apenas os sintomas como é demonstrado pelo depoimento de uma entrevistada sobre a "arca-caída" de seu filho que atualmente tem 2 anos: "A 1 ano e pouco atrás, ele teve, eu não sabia o que tava acontecendo, ele chorava, mas não era de fome. ..ele até quase nem queria mamã (no peito), teve diarréia...quando fui descobrir com minha mãe que era arca-caída... Levei na benzedeira lá em cima, ela fez uma reza, uma massagem e deu um chazinho pra dá prá ele que era pra ele come e fica forte" (C.P., 36 anos). Para saber se a criança tem "arca-caída" é preciso, segundo as mães, virá-la de bruco e juntar a mão esquerda com a mão direita, se der folga e doer é diagnosticado como arca-caída.

O "mau-olhado", segundo elas, já é um pouco mais perigoso: "Se vai deixando a criança pode até morrer. Arca-caída se a gente sabe que é isso, é só leva na benzedeira que ela cura. Mas mau-olhado, às vez demora um pouco; também porque a gente não sabe o que é - a criança não come, não brinca, quer só dormi, perde a cor, fica como se tivesse verme, aí que vai demorando... a gente acha que é uma coisa e depois é outra".(R.S., 37 anos).

De acordo com uma entrevistada, o mau-olhado (ou quebrante)

é resultante de um olhar com inveja, ciúme, injúria e outros sentimentos ruins sobre uma criança, considerada como indefesa, pura sem sentimentos ruins...pode acontecer também entre adultos - quando uma pessoa deseja o mal para outra... E isso acontece direta ou indiretamente, por ex., quando alguém faz algum "trabalho" com algum objeto da pessoa a quem se destina o "mal".

As doenças, de causas naturais, geralmente são tratadas em casa. Várias entrevistadas relataram experiências no qual o tratamento médico oficial não apresenta eficácia: "os médicos davam remédios e não viam que era sarampo. O menino tava quase morrendo. Dei chá de sabugueiro e o sarampo se manifestou para fora" (V.S., 34 anos). Para anemia e vermes também é recomendado o tratamento caseiro: "Anemia médico não cura. Eu faço uma mistura de cálcio B12 com banho de 9 qualidades de flores, hortelã, farinha de centeio, alevante e ovos"(M.L.O., 29 anos). "Para vermes, só levo no médico para poder fazer exames, para ver qual tipo de verme e daí em casa, dou remédio e chás"(Z.P., 32 anos). Além das doenças de origem sobrenatural - as quais, segundo elas, os médicos não conhecem e não sabem tratá-las, ou quando tratam não conseguem obter eficácia.

Porém, é importante relatar que embora o tratamento médico oficial não seja tão procurado para as doenças acima descritas, isto não significa que as mães utilizem apenas os chás caseiros ou os conselhos da benzedeira e remédios homeopáticos do centro espírita; muitas (porém em menor escala em relação ao tratamento de adultos) utilizam velhas prescrições ou remédios de farmacêuticos como se evidencia

no depoimento de A.S: "Meu filho tem ínguas e placas brancas na boca e garganta...Mas eu não vou levá no médico, ontem eu dei um antibiótico (Nitromicina) que a vizinha usou e como ela tinha 2 frascos, ela me deu um; ele já tá melhorando!" (A.S., 45 anos); e de P.F., no qual seu neto, após 8 dias do nascimento, adquiriu hepatite, ele ficou excepcional, não falava e no período de nossa entrevista apresentava 40% de febre: "Minha filha não levou ele no médico porque acha que ele daria um remédio que ela já conhece" (P.F., 49 anos, com diabete). "Eu acho mais fácil e rápido ir na farmácia e comprar o remédio que eu já sei ou então pergunto logo pro farmacêutico" (L.A.R., 39 anos). Além disso, na maioria das casas existem alguns remédios reservados para alguma emergência, por exemplo: Aerolin, Dipirona, Novalgina, Vickvaporub, Sulfato ferroso, Anador, Plasil, Doril, Melhoral infantil...

Em relação a adultos e idosos foram relatados doenças consideradas por elas tanto como "simples ou leves" quanto "graves" - com ênfase nesta última.

Entre as doenças leves citadas para adultos ocupam destaque: dor de cabeça (21) ou às vezes designada "doenças dos nervos", reumatismo (8), zípra (4), problemas vaginais (5)-específicos para mulheres, e alcoolismo (6)- específico para homens (embora os efeitos sociais e orgânicos deste último sejam, a longo prazo, considerados como graves).

Entre as doenças graves citadas para adultos e idosos destacam-se: problemas cardíacos e derrame (11), diabetes (6), problemas na coluna (7) outros(5), - incluindo câncer, epilepsia, AIDS e (9) que relataram não ter problemas graves na família ³⁸.

Entre as causas, um indicador bastante citado no cap.5.1, relativo à descrição de um adulto saudável torna a ser citado nesse momento da análise e está ligado a condições e estilos de vida, em especial a capacidade de realizar trabalho. Ou seja, trabalhar ou não-trabalhar podem ser causas de doenças, dependendo da idade do entrevistado.

Por um lado, trabalhar em demasia enquanto jovem, por exemplo carregar muito peso, trabalhar várias horas do dia e pouco descanso..., sem as devidas condições alimentares, higiênicas, habitacionais básicas, podem gerar problemas a longo prazo. A maioria das mulheres idosas entrevistadas apontaram para este fato. Por outro lado, não trabalhar pode significar uma vida ociosa associada à vícios (principalmente alcoolismo) desordens familiares, não remuneração e degradação orgânica e familiar a longo prazo. Este aspecto foi mais apontado para os homens: "Meu marido depois que saiu do emprego ficou doente. Ele não tem o que fazer e acaba bebendo... Agora ele é magro, tem eczema pulmonar e problema na "panca" -pâncreas" (O.C., 42 anos).

As causas são de vários tipos e muitas vezes estão interligadas. Para dor de cabeça, problemas no coração, alcoolismo as causas estão ligadas ao stress social, preocupações com a sobrevivência e o

"desespero gerado pelas dificuldades em sustentar a família e resolver os problemas familiares"(K.V., 30 anos). Diabete e doenças mentais são, em geral, causadas por um fator genético (ou hereditário). "A pessoa já nasce assim. Durante a vida pode melhorar um pouco, mas não adianta".(M.Z.B., 35 anos)

É importante destacar que muitas vezes este fator "genético" está vinculado ao fator "destino"(4): "Doença quem dá é Deus"(I., 79 anos). Esta explicação causal é válida também em casos de doenças crônicas em estágio avançado(ou terminal), como se evidencia no depoimento de M.I. de 77 anos que possui câncer nos ovários, problemas crônicos na bexiga, ácido úrico, pressão alta e "depressão pelo sofrimento": "A 8 meses comecei a me tratar, antes já sentia dor. O médico do hospital de caridade fez exame- ofereceram uma cirurgia no INAMPS, mas eu não iria me arriscar colocar numa sala de cirurgia, não posso fazer nada com a doença, ela tá num estado que não posso mexer com ela, tomo remédios para tirar a dor... penso tanto na doença e não fico curada...Esse é meu destino, minha filha. Em casa, faço chá de malva, arnica (do quintal), para desinflamar." (M.I., 77 anos)

Já Zípra e problemas vaginais são causados, segundo as entrevistadas, por "descuido na higiene"

As doenças devidas a causas sobrenaturais também existem para adultos e idosos, por ex., mau-olhado, encosto e algumas outras doenças nas quais possuem sintomas de origem naturais porém as causas sejam sobrenaturais, por ex., o caso de R., 77 anos(descrito na pag.131).

As precárias condições e estilos de vida parecem representar muitas das causas de doenças citadas, variando conforme a intensidade e tipo de doenças. Isto porque saúde-doença são uma parte do modelo familiar e como tal estão interrelacionados com outros aspectos da vida de uma família. Esta visão, de certa forma integral permeia a idéia de causação, tratamento e prevenção. A maior parte das entrevistadas quando falavam sobre suas doenças ou de sua família, não comentavam apenas sobre a doença em si, mas sobre as relações e problemas familiares, de vizinhança e comunitários.

A procura de tratamento, de qualquer tipo, parece para adultos e idosos, ocorrer quando as dificuldades de suportar a doença ou a dor estejam no limite, como exemplifica J.B., 49 anos: "às vezes a pessoa tá doente e não diz. Eu mesmo não digo, só quando não posso mais, para não incomodar os outros. Aí, elas (suas filhas) são obrigadas a me levar".

No processo de tratamento, várias alternativas entram em cena: desde a utilização de chás caseiros ³⁰, remédios com prescrições médicas atualizadas ou antigas, conselhos de farmacêuticos), benzedeiros, centro espírita e centro de umbanda. O que pudemos observar no decorrer do processo de coleta de dados é que o uso de tais alternativas não são excludentes, mas complementares e às vezes, simultâneas. Por exemplo, para zibra, doença que segundo elas o médico desconhece, uma entrevistada relatou que recorreu à benzedeira - "quando começou a dar tremura e fastio...Ela benzeu 3 vezes e curou". Na mesma

sequência, esta entrevistada relatou que usa também uma pomada (Nedmicina + Bacitracina) comprada na farmácia. E quando indagada sobre qual dos 2 tipos de tratamento tinha mais efeito sobre a doença, ela não soube responder.

Análise dos dados

Em 1º lugar, ser saudável para as entrevistadas não é sinônimo de ausência de doenças. Problemas de saúde podem existir e dependendo da gravidade e frequência são esperados e aceitos como parte do "ser saudável" de acordo com o gênero e idade. Gravidade e frequência também são indicadores relevantes para determinar o tipo de tratamento familiar a ser administrado e o deciframento do momento em que a procura médica torna-se necessária.

Para crianças, embora haja variação no tipo de tratamento, vermes, diarreia, sarampo, coqueluche, rubéola... são esperados; Vermes, inclusive, não chega a ser considerado pela maioria das mães(14) como uma doença: "Eu não acho que meu filho é doente só porque tem vermes... todas as crianças aqui tem. Eu só acho perigoso quando dá ataque de bixa, aí, sim" (V.S., 34 anos). Para adultos, problemas como hipertensão, reumatismo, problemas vaginais e alcoolismo; e para idosos, diabete, hipertensão, problemas na coluna, derrame cerebral(dependendo do tipo de sequelas resultantes) também são esperados:

"Minha avó teve derrame, mas ela só ficou muda...continua andando, faz as coisa dela sozinha...a gente ajuda um pouco também...Mas o pior é o sr. F. (seu vizinho) que também teve derrame e não fala mais, não caminha fica só de cama; depende da mulher pra tudo". (M.Z.B., 35 anos)

As representações feita por elas sobre uma pessoa saudável correspondem a diferentes categorias e variam conforme idade e sexo. Enquanto para crianças, as categorias físico-comportamentais e psicológicas assumem maior importância - ter peso, disposição para brincar, ser alegre, não precisar ir frequentemente ao médico; para adultos se mede pela seriedade de alguma doença e principalmente o quanto esta impossibilita a capacidade de trabalhar. Os adultos (homens e mulheres) são vistos como "fortes" (não propensos a doenças) e quando ficam doentes é "sempre sério". A mulher necessita ser mais forte ainda, e "não se queixar" de problemas de saúde, que em geral, só ela pode encaminhar e resolver; e para idosos, retorna-se a importância de categorias físico-comportamentais e psicológicas, medindo-se pela capacidade destes conseguirem realizar algumas atividades - se caminha, tem disposição e não dependerem tanto dos parentes, embora a presença de vários tipos de doenças crônicas já seja admitido.

Em 2º lugar, a tensão decorrente da insuficiência de recursos para prover as necessidades da própria subsistência bem como as impróprias condições sanitárias em que vivem propicia, a percepção da saúde como abrangendo não só uma situação definida como de "bem-estar" como também um estado ambíguo que não é estritamente saúde, mas que

também não é considerado explicitamente doença, gerando uma situação intermediária onde as doenças, sintomas, causas são negados até o limite suportável (medido principalmente pela disposição e capacidade de continuar executando o trabalho e/ou as tarefas domésticas diárias). Estas necessidades e dificuldades cotidianas expressam-se através das representações da "fraqueza", do "cansaço", do "nervoso" - relacionadas a insuficiência alimentar (quanti e qualitativamente). A "doença dos nervos" que atinge grande parte dos adultos, em nossa pesquisa é um exemplo dessa situação intermediária.

Se este estado de carência como decorrente diretamente das condições e estilos de vida raramente chega a ser considerado doença talvez seja porque há uma certa adaptação biológica e cultural a esta carência fazendo com que elas não cheguem, portanto, a ter uma experiência concreta do que seja realmente saúde e, por outro lado, se ao aceitarem tais carências como doenças implicaria, para elas, assumir uma condição patológica por um período indefinido, cujas possibilidades de cura estariam também indeterminadas.

A percepção de saúde-doença para adultos, tende a apresentar as mesmas características encontradas nas pesquisas de Elsen e Loyola. Segundo estes autores, a doença é encarada enquanto ruptura do estado normal (saúde) que é definido pela disposição para a vida, especialmente para alimentar-se e trabalhar. A representação da saúde está intimamente ligada à idéia de força (usada no trabalho) que a comida mantém e estimula, por contraste o corpo doente seria aquele que principalmente é incapaz de realizar trabalho. (Loyola, 1984a; Elsen, 1984).

Em 3º lugar, existem diferentes dimensões da doença: "estar doente" - uma constatação e convivência com doenças por um período temporário, cujos mecanismos de tratamento percebe-se também temporários; "ser doente" - convivência e adaptação permanente com a doença, o que implica um reajuste de todas as estratégias de sobrevivência, incluindo uma alteração no estilo de vida (percepções, hábitos, comportamentos), gerando um leque de privações e sofrimentos tanto pessoais quanto dos indivíduos que a cercam; "poder ficar doente" - possibilidade ou não de contrair alguma doença, seja por acaso ou por tendências psico-orgânicas individuais acarretando ou não a procura por medidas preventivas e "sentir-se doente" - um estado psicológico, no qual biologicamente o indivíduo esteja sadio (do ponto de vista da medicina oficial), porém ele próprio sente-se interiormente debilitado. Estas diferentes dimensões da doença produzem também diferentes formas de tratamento das mesmas, como se verá mais adiante.

Em geral, as doenças citadas referem-se a experiências que ocorreram a si próprias ou a seus filhos/parentes/vizinhos ou através de sua experiência com as medicinas oficial e paralela, e em menor proporção, as divulgadas pelos meios de comunicação, principalmente a TV.

Os conceitos de saúde-doença, os modelos de causas, medidas preventivas bem como o itinerário terapêutico variam de indivíduo à indivíduo. Os conhecimentos e crenças são adicionados, modificados ou reforçados de acordo com o contato dos membros da família com doenças e os processos de interação dentro da família bem como com outros grupos de referência: comunidade, meios de comunicação, sistemas médicos,

principalmente o oficial que representa um fator importante para esta troca.

5.3. Itinerário Terapêutico

Apesar da grande proximidade da comunidade aos centros e postos de saúde oferecidos gratuitamente pelas redes municipal e estadual, a oferta de cuidados de saúde não parecem depender unicamente dos especialistas pertencentes a esta rede de serviços.

Como já foi demonstrado nos itens anteriores, as entrevistadas recorrem a várias alternativas terapêuticas em casos de doenças: desde o tratamento com chás e receitas caseiras, com médico (oficial), farmacêutico, benzedeiras, centro de umbanda e espíritas, variando conforme o gênero (criança, homem, mulher, idoso), idade, nível de gravidade da doença e principalmente a 2 outras categorias, que serão mais detalhadas neste item e que determinam o tipo de problema de saúde: "doenças materiais" (física) ou "de médico" e "doenças espirituais". Estas categorias são assim percebidos tanto pelos usuários das medicinas paralelas quanto pelos seus agentes curadores.

Essas diferentes alternativas médicas não se excluem entre si; mas fundamentalmente são complementares umas às outras. Neste item, reforçaremos esta hipótese a luz de alguns dados obtidos no processo de coleta de dados durante a pesquisa de campo.

Na comunidade existem 2 centros de umbanda (com orientações distintas entre si), 1 benzedeira (embora existam mais duas, que atualmente não estão exercendo suas atividades), 1 parteira (que não exerce a profissão a 2 anos), um posto de saúde (mantido pela P.M.F), além da recorrência a 4 centros espíritas, situados nos arredores do morro, conforme está localizado nos mapas 1 e 2, ilustrados anteriormente.

Quando perguntadas se já haviam consultado a si ou seus familiares com outras pessoas além do médico, 25 declararam que sim e apenas 4 declararam procurar apenas o médico. Destas 25, (13) já recorreram a benzedeiras, 10 a centros de umbanda, 13 a centro espírita, 1 a Assembléia de Deus e 2 procuraram outros. Além da expressiva procura por conselhos de farmacêuticos(16). Sobre esta última é importante destacar a progressiva tendência a auto-medicação, referentes tanto a compra de medicamentos oferecidos por farmacêuticos quanto pela utilização de velhas prescrições médicas: "Meu filho teve gripe, levei no médico, e este receitou um antibiótico, depois teve gripe de novo e não levei ao médico, dei o mesmo remédio...Para ir até o médico, lá embaixo, é muito longe. (L.A.R., 39 anos). "Meu filho tem ínguas e placas brancas na boca e garganta. Mas eu não vou leva no médico, ontem eu dei Niritromicina - um antibiótico que a vizinha usou e como tinha 2 frascos deu um para mim; eu acho que ele tá melhorando!"(A.S., 45 anos).

Em casos de doenças simples, 13 mulheres declararam procurar a banzedeira; 26 administram chás caseiros; 15 o centro de umbanda; 13 o centro espírita; 22 utilizavam remédios de antigas receitas médicas suas ou de seus vizinhos; 13 o médico (em geral, do posto); 11 à farmacêuticos e 2 à outros.

Em casos de doenças graves, nenhuma mulher declarou procurar a benzedeira porém os chás caseiros, (apesar da menor proporção, comparados com o uso para doenças simples) continuam a ser administrados para 10 mulheres; 8 utilizam remédios de antigas receitas médicas suas ou de seus vizinhos, 6 procuram o centro de umbanda, 5 o farmacêutico, 7 os remédios do centro espírita e todas as entrevistadas(30) declararam procurar o médico (oficial) ⁴⁰.

Observa-se, deste modo, uma grande diversidade de práticas terapêuticas procuradas pelas entrevistadas, bem como o caráter elástico da noção de medicina comunitária, onde os espaços de cura não compreendem apenas à área da comunidade(morro) mas também em seus "arredores", como é o caso dos centros espíritas localizados no centro da cidade.

A seguir descreveremos, individualmente de forma não exaustiva, as alternativas terapêuticas mais usadas pelas entrevistadas.

POSTO DE SAUDE

Quando indagadas acerca da procura pelo atendimento médico oficial 11 mulheres declararam preferir o posto de saúde local, principalmente para tratar doenças infantis e 18 preferiram o INAMPS principalmente para tratar de doenças de adultos e idosos. A tabela abaixo, mostra as razões da procura pelo atendimento médico em ambos os serviços oficiais:

RAZÕES DA PROCURA	TIPO DE MÉDICO	
	POSTO	INAMPS
PORQUE MAIS PERTO	04	-
PORQUE JÁ CONHECE	01	01
PORQUE É ENCAMI- NHADO À ESPECIAL- LISTAS	-	10
PARA DOENÇAS SIM- PLES	06	-
PARA DOENÇAS GRÁ- VES	-	07
TOTAL	11	18

Embora esta tendência necessariamente tenha se alterado devido as novas regras em vigor através do SUS, que em nosso período de coleta ainda não eram exercidas: atualmente todo cidadão, em caso de doenças, deve recorrer primeiramente ao posto de saúde de seu bairro e a partir do diagnóstico realizado por este saber-se-á se o paciente deve continuar o tratamento no posto ou se deverá encaminhá-lo à especialistas (através de um sistema computadorizado entre o posto e o INSS)

As percepções da população referentes ao sistema médico oficial (no caso, os serviços públicos de saúde) parecem oscilar entre, por um lado, a crítica à conduta do médico expressa na relação médico-paciente, onde o primeiro não fornece explicações suficientes e adequadas sobre a doença ou quando fornece é juntamente incluído algum tipo de repreensão, evidenciada na declaração de uma entrevistada: "O médico às vez fica zombando de eu ter tantos filhos; eu não gosto do jeito dele"(A.S., 45 anos). Nesse sentido, é ilustrativo registrar que 8 entrevistadas declararam preferência pela médica que trabalhava anteriormente no posto de saúde; porque entre outros motivos, realizava visitas domiciliares periódicas nas famílias com problemas de saúde na comunidade.

A crítica feita diz respeito ao médico - ao tipo de tratamento(social) dispensado por ele -, e não ao conhecimento médico tido como superior e legítimo que pode ser evidenciado quando perguntados sobre "se o médico dá um remédio e um amigo/parente diz que não deve

tomar, a quem segue? ou então, na mesma sequência, " se o médico dá um remédio e o farmacêutico outro, a quem segue? Nos dois casos a influência do médico foi maior. E entre os conselhos de farmacêuticos e os de amigos/parentes, os primeiros possuem mais influência na administração de remédios que os segundos, como mostra a tabela:

PODER DE INFLUENCIA	ADMINISTRAÇÃO DE REMÉDIOS	
	MEDICO X	MEDICO X
	FARMACEUTICO	AMIGOS/PARENTES
MEDICO	13	15
FARMACEUTICO	09	---
AMIGO/PARENTES	---	08
NÃO SABE	04	08
NENHUM	04	04
TOTAL	30	30

Por outro lado, há uma significativa parcela da população que declarou preferência por consultas médicas onde este receita bastante remédios: "Se dá pouco, a gente tem que voltar, de novo" (L.A.R., 39 anos) e quando perguntadas se o médico fazia perguntas enquanto as examinam ou a seus filhos, muitas respondiam justificando elas próprias que "não dá tempo, tem muita gente". Neste caso, há uma certa adaptação a uma situação já enraizada a muito tempo pelos serviços de saúde, o qual gerou um padrão de comportamento passivo e submisso por parte da população.

CENTRO DE UMBANDA

Inicialmente para uma melhor visualização da doutrina umbandista, embora correndo o risco de simplificação excessiva, reproduziremos a caracterização feita por Loyola, quanto aos elementos centrais dessa doutrina e de seu ritual correspondente:

Na umbanda, os espíritos incorporados pelos médiuns são designados por espíritos de luz (caboclos, pretos velhos e crianças) e espíritos das trevas, os exus. Os caboclos simbolizam a força, a idade adulta e os pretos-velhos, a humildade e a velhice; representam, respectivamente, os índios, primeiros habitantes do País, e os escravos negros que viveram no Brasil. As crianças representam a inocência. Nos tranSES, os médiuns possuídos por espíritos de crianças engatinham, chupam o dedo, brincam, choram e, frequentemente, são repreendidos pelos outros espíritos, pois não possuem a sabedoria espiritual. Os caboclos andam com a cabeça erguida, passeiam orgulhosamente em volta do terreiro, gritam alto, e fumam muitos charutos. Já os pretos-velhos andam curvados, falam com voz característica de pessoas idosas e com muitos erros; gostam de fumar cachimbo, como os antigos-escravos. Os exus, quando se manifestam, arrastam-se no chão com as mãos e os membros retorcidos, falam com voz gutural e gritam grosserias e obscenidades; bebem cachaça e estão sempre muito agitados. A pombagira, exu feminino, tem como modelo de comportamento a prostituta; veste-se de vermelho (cor dos exus), fuma, bebe continuamente, passeia pelo terreiro provocando sexualmente tanto os homens quanto as mulheres da assistência. Enquanto no candomblé os exus são, no geral, divindades que podem ou não se identificar com o diabo, na umbanda eles são sempre espíritos maléficos... Os espíritos da luz descem nos terreiros para fazer o bem e praticar a caridade, único meio de salvação e, de certo

modo, o princípio motor da religião. A evolução dos espíritos na esfera espiritual se faz segundo o princípio Kardecista de reencarnações sucessivas, que permitem a cada espírito liberar progressivamente o seu Karma (destino), sendo para isso necessário viver durante a vida terrestre segundo a moral do bem e do amor...Cada terreiro tem assim um calendário e um ritmo próprio para as cerimônias e os cultos, que são celebrados de maneira bastante variada. Geralmente, uma sessão, ou um festa pública, começa com uma série de ritos que tem por finalidade principal expulsar os exus e purificar o terreiro, seguidos de cânticos ou pontos, quase sempre acompanhados pelos atabaques dos ogans ⁴¹...Depois de certo tempo, cuja duração é determinada pelo pai ou mãe-de-santo, a assistência é chamada a participar da cerimônia dos terreiros umbandistas. Após tirarem os sapatos (forma simbólica de passagem de um espaço profano a outro sagrado), as pessoas deixam a parte profana do salão e se dirigem à parte sagrada, onde trabalham as entidades; podem fazer suas consultas aos espíritos sobre problemas de saúde, familiares, afetivos, econômicos, etc. Como os orixás utilizam uma linguagem estereotipada e rudimentar, um cambono ou cambona (assistente do pai ou da mãe-de-santo) serve de intermediário entre eles e os clientes" (Loyola, 1984).

Em relação ao tratamento da doença, no terreiro de umbanda pesquisado, os pais e mães-de-santo atuam apenas como intermediários entre os pacientes e os orixás, que são os verdadeiros detentores dos conhecimentos médicos.

Nas sessões de cura, os pais e mães-de-santo (médiums) passam a ter poderes de diagnóstico. Eles são capazes de revelar o tipo e as causas de problema existente no indivíduo (se trata-se de doença "espiritual" ou "material" - física, "de médico"), e qual especialista será capaz de resolver. Estas categorias foram assim descritas pela própria mãe-de-santo entrevistada.

Essas categorias são encontradas também na pesquisa de campo realizada por Loyola, 1984a e Monteiro, 1991. Para estas autoras, as doenças materiais são aquelas cuja origem pode ser atribuída a algum fenômeno "natural" ou "orgânico", isto é, concreto, visível, objetivado. Para Loyola, ainda, são aquelas em que o doente apresenta sintomas considerados graves; geralmente tratadas com médico(oficial). Porém, em nossa pesquisa de campo, pudemos observar que as doenças, consideradas graves, não são sempre percebidas (tanto pela população quanto pelos especialistas das curas paralelas) como específicas de tratamento médico oficial. Muitas vezes quando a medicina oficial não oferece resultados ou quando não conseguem diagnosticar com mais clareza o paciente que possui uma perturbação grave, este recorre a especialistas da cura do espírito, como é demonstrado no caso de R. (47 anos) que observamos durante o processo de coleta de dados- Aos 39 anos passou a sofrer de "dor no intestino"; desde essa época tratava-se com médico do hospital de caridade. A dor foi aumentando até que resolveu realizar uma cirurgia (a 7 anos atrás). Em janeiro de 1991 retornou ao hospital, no qual fizeram vários exames e nada constou: "Tava tão mal e o médico não dava jeito, até que uma amiga pegou uma blusa minha, sem que meu marido soubesse porque ele é católico e não acredita nisso, e levou no terreiro... e o médium disse que era pra mim saí imediatamente do hospital senão lá eu ia acaba morrendo. Eu saí do hospital e comecei a melhorar um pouco...eles pediram que eu comprasse um pouco de pipoca, farinha de milho, vinho rosê, quiabo...tudo isso pra fazê um

trabalho de limpeza. Em março eu fui junto para a cachoeira de cubatão...eles vão lá todo ano; Eles rasgaram minha roupa e grudaram um creme na pele com essas coisas que levei; depois eu fui tomá um banho na cachoeira pra me limpa. Depois disso, eu melhorei bastante e não deixo de ir lá toda semana nas sessões do terreiro, até meu marido já me deixa ir..".

Em relação as doenças espirituais, Loyola divide-as em 2 categorias: as ligadas às relações que o paciente mantém com o sobrenatural e aquelas ligadas às suas relações com a sociedade. No 1º caso:

"elas podem resultar da violação de tabus ou de preceitos religiosos, do fato de o axé do indivíduo estar fraco ou até mesmo de uma mediunidade não desenvolvida (doença-de-santo). Ainda neste caso, estão as doenças que ocorrem quando o doente é perseguido ou possuído por um espírito infeliz em busca de ascensão espiritual (doença-de-encosto)". Loyola, 1984a.

Este 1º caso é exemplificado por nossa entrevistada(mãe-de-santo): "Há aquelas pessoas más que morrem (desencarnam) e seu espírito fica vagando e a 1ª pessoa que ele encontra e que é frágil, já fica mal-tratando, prejudicando... Há outras que tem crise, ataque epiléptico; essas são os sintomas de quem tem algum espírito mal ou que não desenvolve sua mediunidade". Quando perguntamos se todas as pessoas que tem problemas espirituais possuíam mediunidade, ela negou dizendo: "Tem algumas pessoas que ficam doentes por injúria de outras pessoas,

por trabalho feito. Por exemplo, se eu quisesse fazer algum trabalho contra ti e você fosse pra casa e ficasse pensando com medo que eu faria isso, isso acabaria acontecendo. A pessoa quando tá aberta e é frágil, recebe coisas ruins e aí acontece as doenças. Mas eu nunca faço isso, eu não uso minha mão e meus pensamentos para fazer mal à ninguém" (M.G., mãe-de-santo, 41 anos).

No 2º caso, - as doenças que o sujeito mantém com a sociedade em geral, Loyola caracteriza sua origem como:

"resultante da ação consciente ou não de pessoas que direta ou indiretamente mantém com ele relações de desconfiança ou hostilidade. São as doenças provocadas pela força negativa de um olhar ou de um sentimento (doença-de-mau-olhado) e os que resultam da ação maléfica - feitiçaria, magia, provocada por um intermediário que atua no lugar de quem lhe deseja o mal (doença-de-coisa-feita). Loyola, 1984a.

E é em função do diagnóstico do espírito que se incorpora no pai ou mãe-de-santo ou, muitas vezes, de uma simples percepção sensorial que uma doença é classificada de acordo com tais categorias.

Para mau-olhado, a mãe-de-santo entrevistada, sugere banho de descarrego e passes, no qual são utilizados diversas ervas: guiné, alecrim, erva-santa, palha de alho... e para doença-de-coisa-feita é realizado trabalhos, principalmente com animais, no qual se destina

passar o mal do corpo doente para o corpo do animal (o qual é morto posteriormente), como se evidencia no exemplo de C.C., 58 anos, que a 6 anos atrás, um dia após sua chegada do hospital no qual estava internada devido a problemas de pressão, presenciou uma briga de seu filho com outro rapaz: "Eu estava deitada, e ele chegou de revólver perguntando pelo meu filho; levei um susto, deu desmaio e perdi a fala... O médico dizia que não dava jeito, se operasse eu ia ficá muda ou morrer. Bem, daí eu fui procura o Dija (do terreiro "pena Azul")...Eles prepararam a mesa com bebida, comida -farofa, galinha...-eles passaram todo o mal que me causava para a galinha; eu fiquei deitada na esteira sem barulho durante 48 horas, e quando acordei já estava falando de novo".

É importante destacar que neste terreiro são receitados algumas ervas medicinais para o tratamento de algumas doenças, que na maioria decorrem de causas espirituais embora servem também para o tratamento de alguns tipos de doenças cujas causas sejam "materiais" (ou orgânicas).

Os locais de culto estão próximos à casa dos responsáveis. O terreiro que pesquisamos é dirigido por uma mãe-de-santo. O outro terreiro é dirigido D., 39 anos, que traz pais e mães-de-santo de outros bairros. O 1º conta com uma clientela predominantemente local e oferece gratuitamente seus serviços: "Eu recebi de graça este dom...se eu cobrá agora, depois os santos cobrarão de mim... Até os 18 médiuns que vem nas sessões do terreiro inicialmente queriam cobrá, mas eu convenci eles que não precisava disso". Esse terreiro vive de pequenas doações feitas entre eles, e em caso de tratamento de doenças, pede-se às

pessoas que tragam velas, bebidas, alguns cereais...

O 2º terreiro conta não apenas com uma clientela local, mas com outras áreas da cidade. Os serviços prestados são cobrados, sendo que seu responsável vive praticamente deste tipo de trabalho, que inclui qualquer tipo. Durante o período de coleta de dados, este terreiro estava em fase de construção de um novo espaço, como mostra as fotos em anexo.

Em geral, eles são procuradas para tratar tanto doenças consideradas como "materiais" (de baixa gravidade ou "simples") e principalmente aquelas doenças cujas causas reconhecem ser de origem espirituais, reconhecidas a partir do diagnóstico realizado pelos médiuns.

É interessante observar que tanto as mulheres quanto os terapeutas populares entrevistados ao-relatarem algumas experiências de curas realizadas primeiramente relacionam a sua doença ou a de outros ao modelo de comportamento das mesmas. Por exemplo: "do mulherengo que teve doenças nos órgãos sexuais"; da mulher que se negou a cuidar dos filhos de sua irmã (morta pelo marido com um bujão de gás na cabeça) ao entregá-los para o pai quando este saiu da penitenciária. Ela passou a ter ataque epilético: "era o espírito da irmã que como cobrança aparecia a ela" E perguntamos: Por que não ao marido? "Porque ele já teria outro destino: o do mundo da bebida, da definhacão".

Ou seja, as perturbações individuais aparecem como consequência do desrespeito às normas sejam elas religiosas ou morais. Nesse sentido, compreender a "doença" é compreender e explicitar os comportamentos e problemas vividos pelos indivíduos em suas experiências cotidianas.

CENTRO ESPIRITA

Igualmente como na descrição da doutrina umbandista, reproduziremos sucintamente alguns elementos específicos da doutrina espírita, realizado por Greenfield (1986):

Os espíritas acreditam que há dois níveis de existência: a material, ou o mundo visível e familiar a todos no cotidiano, e o mundo espiritual invisível que é, na sua maioria, um mistério para nós. O mundo invisível é habitado por espíritos, a força vital do universo, que passam por esse mundo material várias vezes, reencarnado, desenvolvendo e progredindo.

Os seres humanos, no esquema cósmico e espírita são espíritos encarnados em um corpo material. Esses espíritos voltam ao mundo material para aprenderem as lições necessárias ao seu progresso e desenvolvimento moral. Kardec enumerou dez categorias de espíritos, ordenados segundo um conjunto de padrões morais baseados, primeiramente, em sua interpretação dos valores Judeu/Cristão. Os espíritos que seguem esses padrões progredem e eventualmente, não precisam reencarnar mais, enquanto dos que não os seguem exige-se inúmeras voltas ao plano material para a conclusão das lições necessárias. (Kardec n.d. 93ff).

Quando encarna, o espírito junta-se ao corpo somático por meio de uma cobertura semi-material chamada perispírito. Esse, acredita-se, é composto de uma substância bioplasmática etereal (ectoplasma) e é parte integral e permanente do espírito. Acredita-se também, que ele fornece ao espírito as características que o definem, equivalente a sua personalidade. Também fornece ao corpo somático a aura. É por meio desta união de espírito e corpo, por meio do perispírito, que as duas ordens de realidade, ora separados, são ligados. Uma vez completada essa conexão, um relacionamento simbiótico é estabelecido entre o espírito e o corpo somático". (Greenfield, 1986)

As entrevistadas citaram 4 centros espíritas os quais frequentavam; esses situam-se nos arredores do morro, como mostrou o mapa 1. Escolhemos o mais frequentado por elas ("Amor e Humildade do Apóstolo", localizado no centro) para nossa análise.

De maneira geral, esse centro espírita possui vários tipos de tratamento: desde a cura através da fluidoterapia, passe, imposição de mãos, bioenergia; todos através do intermédio de um médium, tratamento homeopático (receitado e distribuído gratuitamente) e o aconselhamento espiritual de problemas existenciais, emocionais, depressões e mediunidade não desenvolvida. Há também reuniões de grupos mediúnicos, no qual descrevem experiências e aprimoram seu potencial; realizam visitas a asilos e leprosários e palestras em outros centros; oferecem um curso de alfabetização para crianças carentes (incluído o passe escolar), curso de tricô (com material gratuito) 42.

Os recursos financeiros para a manutenção do centro provém das contribuições mensais de seus associados, além de jantares, chás de senhoras e da livraria sediada no próprio centro. Não é aceito qualquer tipo de pagamento: "Se alguém conseguiu alguma cura e queira de todo jeito nos pagar, a gente pede que a pessoa doe para alguma instituição beneficente... a gente tenta cumprir o ensinamento de Jesus: Dais de graça, o que de graça receberdes" (G.L.T., 28 anos, médium do centro espírita "Amor e Humildade do Apóstolo").

Segundo a doutrina espírita existem 2 tipos causais de doenças: as e ordem "kármica" e as causadas por espíritos desencarnados

desequilibrados. Na 1ª, a ação de sucessivas existências corporais são necessárias para "limpar" as imperfeições que o espírito possa ter e, por isso, segundo o médium entrevistado: "passaremos por certos problemas humanos, entre eles, a doença...que antes de ser considerada como punição de Deus, devam ser considerados como instrumento educador da alma, quer dizer, fazer parte das lições que o indivíduo tem que assimilar na busca de seu desenvolvimento espiritual...e quando algumas pessoas vem desesperadas procurar alguma alternativa para o seu sofrimento eu explico: não existem doenças, mas doentes e os doentes somos nós, os espíritos desencarnados...Existe morte biológica, mas o espírito não morre... O que você está passando na vida hoje é transitório; o que são 80, 100 anos diante da vida eterna do espírito...é uma gota no oceano!" (idem)---

O 2º tipo de doenças são aquelas causadas pela ação mental e emocional de espíritos desencarnados desequilibrados sobre os encarnados desencadeando, segundo o médium entrevistado, "um processo obsessivo movido por maus pensamentos, sentimentos egoístas, desejo de vingança, ciúme, avareza, inveja...Tudo que pensamos/vibramos, positiva ou negativamente repercute em toda nossa energia espiritual. Essas energias perniciosas/negativas que criamos no dia-a-dia vão fragilizando o organismo, gerando doenças como úlceras nervosas, miomas, problemas de hipertensão, algumas alergias; que se não tratadas devidamente vão gerando um ciclo vicioso entre a fragilização do corpo e a fragilização do espírito." (idem). Nesse caso, é aconselhado o tratamento espiritual com as pessoas do centro.

Portanto, dependendo da causa da doença o indivíduo é encaminhado a algum especialista, sendo importante enfatizar que a doutrina espírita não se propõe a substituir ou negligenciar o tratamento médico oficial. No caso de doenças geradas por desequilíbrios mentais e emocionais, como por exemplo, vermes, vírus... são sugeridos o tratamento caseiro ou o tratamento médico oficial. "Muitas pessoas vem até aqui em busca de soluções milagrosas; algumas acham que só se deve curar com espiritismo e esquecem a medicina terrena" (oficial). Por ex., uma senhora que precisava fazer cirurgia para retirar alguns miomas e estava com medo; ela queria que nós tirássemos o mioma. E não é bem assim... as operações espirituais só resultam positivamente somente quando a pessoa já passou pela expiação e provação que ela tinha que passar; assim verifica-se que muitos problemas retornam depois de passar por cirurgias. Curar, provisoriamente uma pessoa seria cancelar o objetivo dessa encarnação e retardar seu progresso espiritual".
(idem)

BENZEDEIRAS

Segundo Oliveira (1985), o ato de benzeção envolve múltiplas e diferentes formas, desde a benzeção católica, crente, kardecista, umbandista, esotérica e está relacionada ao modo como cada profissional encaminha sua benção, sua formação religiosa e visão de mundo.

Trataremos aqui das benzedeadas católicas, em especial as residentes na cidade. Estas, como descreve Oliveira:

"fazem de seu ofício uma profissão, um meio de complementar a sua renda. Têm a polícia, a imprensa, as instituições religiosas (centro espíritas, umbandistas) também têm os médicos e padres... O aprendizado do seu ofício é adquirido por elas mesmas, através de um "dom": possuem a visão de que uma santa as protege, ouve vozes..., quando na ausência de outras benzedeadas ela precisa aprender o conhecimento para benzer as crianças que ficavam doentes; quando possui uma característica de bondade ou de habilidade para ajudar as pessoas... A dinâmica de diagnóstico e tratamento variam de uma para outra: umas benzem em determinados dias da semana com ou sem hora marcada, cobram ou não, usam mais plantas, sal, óleo, velas...que outras; utilizam rezas e jaculatórias do catolicismo, fazem passes, consultas e/ou utilizam medicamentos industrializados... E o processo de legitimação de sua prática dá-se na medida em que conseguem ver atendidos seu pedido de ajuda numa situação desesperadora e a longo prazo vão estendendo sua prática para dentro e fora da comunidade"(Oliveira, 1985).

A benzedeadas que entrevistamos, utiliza rezas e receitas de diferentes chás para tratamento de doenças específicas. As doenças mais procuradas para tratamento são: *cobrero*, *zipra*, *arca-caída*, *quebrante* ou *mau-olhado*. Este é gerado tanto por pessoas que desejam o "mal" a alguém (vingança, ciúme...) quanto por querer excessivamente o "bem", principalmente em crianças: "se uma pessoa fica admirando muito, com olho fixo para uma criança que seja bonitinha, gordinha; às vezes ela pode começar a chorar, não come, o céu da boca fica com outra cor"(A., 68 anos).

Segundo as mães, em geral, esta benzedeira é procurada para tratar mais especificamente crianças, confirmado também pela própria benzedeira que salienta que a maioria das rezas e chás que receita são para crianças. Seguido, posteriormente, do tratamento de mau-olhado e zipra para mulheres.

A maioria das entrevistadas relataram que em casos de doenças infantis, após esgotarem os recursos domésticos - que em média dura 1 a 2 dias- levam na benzedeira para saber de que doença se trata e dependendo de seu diagnóstico esta recomenda o tratamento médico oficial, momento em que, em geral, a doença é caracterizada como "grave", principalmente se persistir a febre.

É importante salientar que esta benzedeira demonstrava-se bastante receosa em fornecer informações sobre sua terapêutica (especialmente quando foi sugerida a gravação da entrevista). Na 1ª vez, procuramos-a como cliente para tratar de mau-olhado; ela fez algumas rezas simultaneamente com um crucifixo passando ao longo do corpo. Quando perguntamos o preço, ela falou que a pessoa "dava o que podia" ou "qualquer coisa". Na 2ª vez, identificamo-nos como pesquisadores da UFSC, o que acabou reforçando sua cautela: não permitiu ser fotografada, nem que suas rezas fossem copiadas e menos ainda que nossa conversa fosse gravada. De nossa parte não houve nenhum tipo de insistência porque certamente haveriam razões para este comportamento.

Ao contrário de outras práticas de curas existentes na comunidade, esta benzedeira demonstrou um certo temor em se expôr, como se

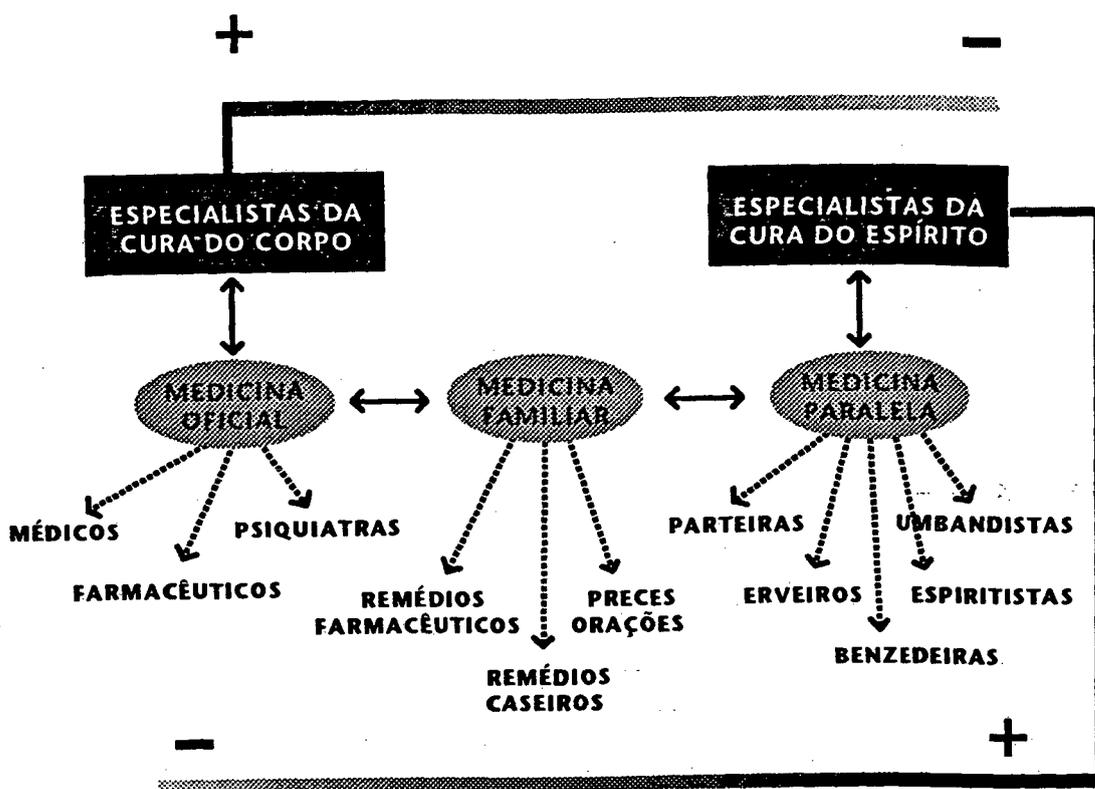
observa em suas declarações: "Já tem até criancinha me chamando de bruxa, eu não sô nada disso...faço meu trabalhinho que é um dom que Deus me deu...Eu até escuto a voz que me protege que diz que é pra mim não fala muito...Se você quisé eu benzo, mas só isso... Já copiaram minhas rezas e botaram num livro, só que eu nunca vi esse livro, nunca me deram para mim ver" (idem).

Talvez devêssemos ter frequentado sua casa apenas como cliente e detectaríamos mais sutilezas, porém de qualquer modo conseguimos obter algumas informações básicas que reproduziram o que muitas mulheres declararam, especialmente, como já foi demonstrado, em relação ao momento da doença em que elas são procuradas.

Síntese

Em casos de doenças, o processo terapêutico (que compreende desde o diagnóstico, percepção das causas e tratamento) envolve uma diversidade de procedimentos, os quais variam conforme o gênero, idade, condições de vida, frequência, gravidade e tipo de doenças ("se material ou espiritual").

A atenção médica não se restringe apenas a medicina oficial; é utilizado também a medicina familiar e paralela; sendo que estes 3 tipos de medicina não são excludentes, mas complementares, como mostra o modelo:



Esse modelo utiliza algumas categorias elaboradas por Loyola, porém não na forma dicotômica proposta pela autora, pois há certas práticas que podem requerer um duplo papel: a medicina oficial além da preocupação com os aspectos orgânicos da doença, também se propõe a tratar problemas de origem mentais, como é o caso da psiquiatria⁴³. Da mesma forma, nas medicinas paralelas, apesar da maioria das doenças por elas tratadas sejam de origem espiritual, algumas causas puramente orgânicas, geralmente as consideradas como simples⁴⁴ também são tratadas por elas, como vimos neste capítulo. O que foi detectado nas entrevistas é que há certas especialidades terapêuticas, no qual seus agentes enfatizam, dependendo do tipo de doença, mais um ou outro tipo de cura, num processo gradativo. Preferimos, portanto, elaborar este modelo para demonstrar estas gradações.

O que varia é a percepção que os diferentes tipos de medicina possuem entre si: Do ponto de vista da medicina oficial, em geral, são negadas as práticas terapêuticas fornecidas pelas medicinas paralelas, sob o argumento de sua ineficácia técnica na supressão de sintomas das doenças. Porém, resgatando as colocações de Illich, no cap. 1, a própria medicina oficial não pode ser considerada completamente eficaz: ela é impotente para lidar com muitas doenças de nossa sociedade; isto porque a doença é o resultado de um longo processo de deterioração das condições de vida de uma população e sua cura não se relaciona apenas com a técnica médica. E a eficácia das medicinas paralelas não se dá apenas quando há eliminação dos sintomas, mas quando através de suas práticas terapêuticas, torna-se possível criar um entendimento das causas das doenças (através de técnicas e linguagens próprias) e uma integração e solidariedade de pessoas/grupos em torno de valores sociais comuns.

Do ponto de vista das medicinas paralelas, estas aceitam e quando necessário encaminham seus "pacientes" para a medicina oficial. Porém, sugerem que a capacidade curativa desta medicina é limitado. Os médicos são considerados, de modo geral, os que tratam os sintomas que aparecem no corpo físico. A capacidade de tratar as causas desses sintomas que "vem do espiritual" ou que resultam de um desequilíbrio entre o corpo fluídico e o corpo somático tende a estar fora de seu alcance. Os problemas de origem psico-sociais são tratadas pelas medicinas paralelas com técnicas e linguagens pelos quais a medicina oficial, geralmente tanto desconhece quanto não consegue tratar: nestas

condições necessita-se de tratamento oferecido por médiuns que tenham mais capacidade para lidar com o "mundo espiritual".

Notas

34. O indicador "ser forte", situado na categoria "estado psicológico" substitui "se é gorda" para criança, situado na categoria "características físico-comportamentais".

35. As categorias "naturais" e "sobrenaturais" foram por nós, assim classificadas para fins de análise. Nestas estão incluídas os indicadores citados pelas entrevistadas.

36. A maioria das entrevistadas citou mais de uma doença infantil.

37. Durante o processo de coleta de dados foram citados inúmeras medidas preventivas, as quais citaremos algumas: Para vermes: hortelã com a raspa de quina de chifre de veado, com 3 gotas de vinagre e 1 dente de alho; chá de vinagre com açúcar e alho; socar o alho com vinagre e passar no pulso da criança para cheirar; semente de abóbora torrada. Para "chião" (bronquite): mel de abelha e óleo de rinsino. Para anemia: suco de beterraba com cenoura; fígado mau-passado. Para diarreia: broto de pitangueira com goiaba; boldo. Para sarampo: chá de sabugueiro. Para gripe: laranja; erva cidreira. Para tosse: mel com leite, manteiga com leite ou ainda mastruço com leite (para expectorar). Para alergia: capim-limão.

38. As doenças consideradas tanto simples como graves repetiram-se em muitas entrevistas. Os números, portanto, referem-se a contagem da incidência das doenças.

39. Para zibra: chá de sabugueiro com azeite. Para diabete: chá de 7 sangria; chá de folha de carambola. Para coração: chá de capim-limão. Para corrimento vaginal: chá de arnica. Para inflamação nos ovários: chá de malva (para desinflamar). Para cicatrizar feridas: erva de pulga em jejum. Para estômago, fígado e alcoolismo: chá de boldo. Para reumatismo e bico de papagaio: eucalipto-limão com álcool.

40. Tanto em casos de doenças simples como graves, cada entrevistada relatou mais de um tipo de recorrência terapêutica.

41. O ogã, diversamente dos outros médiuns, não recebe os espíritos e não entra em transe durante as sessões de culto. Nem por isso deixa de ser a figura central do ritual, pois determina, ao "bater" os atabaques, a ordem de descida e subida dos orixás.

42. O Centro Espírita Joana Lima oferece roupas e outros donativos; além de café e "canja de galinha", nas quintas-feira para os "pobres de rua".

43. A questão da psiquiatria não é aprofundada neste trabalho, devido sua extrema complexidade. Mas a princípio, pode-se questionar a sua pretendida eficácia global de tratamento sobre as populações de baixa renda, caracterizadas, em geral, pela excessiva prescrição de medicamentos, pela retirada do paciente de seu local de moradia e do convívio com aqueles que direta ou indiretamente influenciam no seu estado; reduzindo, portanto, o grau de autonomia de seus pacientes em perceber seu processo mórbido bem como em encaminhar algum tratamento adequado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com esta pesquisa pudemos observar e comprovar a diversidade de práticas terapêuticas (que não só a oficial) existentes nesta comunidade de baixa renda.

Esta diversidade existe porque, por um lado, os serviços de saúde oferecidos pelo sistema oficial às populações de baixa renda são precários (cujas características foram apontadas nesta dissertação) e por outro lado, porque fazem parte da cultura geral do grupo pesquisado, estando as percepções e os comportamentos subjacentes, em relação ao processo saúde-doença, interligados a esta cultura geral. Além da questão da eficácia verificada pelas entrevistadas através da cura de certas doenças, as práticas médicas paralelas propiciam uma integração de membros da comunidade em torno de valores sociais comuns e de certa forma, representam uma alternativa frente aos fatores estressantes da pobreza e adaptação às mudanças da sociedade em geral.

É preciso salientar que as relações entre os 3 sistemas médicos - oficial, familiar e paralelo- não implicam em oposições, concorrências ou antagonismos entre si (como sugerem alguns pesquisadores), mas complementariedades. As entrevistadas não questionam a superioridade e legitimidade do conhecimento médico (reivindicam até, mais e melhores serviços oficiais), embora tenha sido muito criticado a conduta de seus profissionais expressos na relação médico-paciente, bem como a consideração de que o sistema oficial seja incapaz de "curar" certas doenças, como por exemplo, aquelas de origem "espiritual".

O sistema médico oficial destinado às populações de baixa renda, embora tenha clareza quanto às relações entre as condições sócio-psicológicas e ambientais e a incidência de doenças, na prática estes fatores são relegados a favor de um tipo de tratamento e "cura" puramente sintomática (via amplo consumo de medicamentos) e que anula as capacidades autônomas de indivíduos e grupos em refletirem sobre seu estado de saúde, condições e estilos de vida que o cercam e que são os determinantes, na maioria das vezes, das situações de doenças.

Por outro lado, é importante registrar o fato de que o crescente processo de auto-medicação (consumo de antigas receitas médicas ou conselhos farmacêuticos) tende a gerar novos cenários sobre esta temática: a) pode reforçar a tendência à diminuição, a médio ou longo prazo, tanto da oferta das medicinas paralelas quanto da demanda de sua população usuária, reforçando, com isso, a hegemonia da medicina oficial - como pensam certos pesquisadores que constatarem o desaparecimento dessas práticas no meio urbano (por eles associados ao efeito da urbanização e migração crescentes); ou b) o que conhecemos como "medicina popular" e "medicina paralela" estejam transformando-se para além de suas práticas terapêuticas já conhecidas, com incorporação de outras tradições culturais.

Segundo os dados obtidos nesta pesquisa, concordamos mais com a 2ª possibilidade e acreditamos que ela oferece maior abertura para a criação de sistemas médicos mais pluralistas onde exista maior intercâmbio entre os sistemas oficial e paralelo bem como com sistemas médicos referentes a outras culturas, por exemplo a medicina chinesa.

Obviamente não estamos propondo uma postura "imitativa", ou seja, reproduzir algum modelo médico, mas recuperar aspectos positivos e integrá-los segundo as características sócio-culturais e ambientais de cada grupo/comunidade em questão. Acrescentamos, que esta integração não significa deslocar, por exemplo os praticantes das medicinas paralelas a hospitais ou outras instituições oficiais; Pelo contrário, incentivá-los a permanecerem e exercerem suas atividades na comunidade, seja reforçando seus conhecimentos, incluindo novas informações (acerca de outros tipos terapêuticos existentes em outras culturas) ou ainda substituindo terapias (após serem amplamente pesquisados e com seus resultados discutidos com a comunidade).

Em relação às políticas de saúde, acreditamos que a eficácia na implantação do SUDS/SUS depende, além dos já citados-problemas referentes ao sistema institucional e administrativo, de uma melhoria da qualidade dos serviços prestados, que por sua vez, dependem do resgate das condições sócio-culturais, econômicas e ambientais vigentes em comunidades específicas, bem como as necessidades, percepções e comportamentos efetivos acerca do processo saúde-doença daqueles que serão os usuários de tais políticas.

Do ponto de vista metodológico, consideramos relevante incentivar-se a realização de trabalhos de dissertação coletivos (em equipe) sobre uma comunidade específica, para que se possa somar es-

forços para abranger os aspectos multidimensionais da realidade estudada. Isto possibilitaria a criação de um acervo de informações, orientando a pesquisa social para a intervenção e resolução de problemas concretos (orientação essa, mais próxima da pesquisa-ação). Pois é visível (principalmente nos líderes da comunidade) o pedido de "retorno" do trabalho de pesquisa à comunidade, e que segundo eles, não seja apenas verbal, mas de sugestões e ações concretas.

Nesse sentido, como sugestões operacionais, apontamos algumas:

- Resgatar a demanda de pessoas existentes na comunidade que estejam interessadas em realizar um trabalho de educação em saúde.

(Após o término de nossa coleta de dados, algumas mães sugeriram que houvessem algumas reuniões nas quais fossem transmitidos algumas informações sobre cuidados primários de saúde.

- Organizar, juntamente com os líderes da comunidade, médicos e atendentes do posto de saúde e comunidade em geral, reuniões/encontros sobre cuidados primários de saúde, sendo que os 3 primeiros devem ser treinados preliminarmente.

- Identificar as plantas curativas utilizadas pelos membros da comunidade, aproveitando o potencial que já existe na feira comunitária, onde são vendidas ervas medicinais.

- Reaproveitamento do lixo orgânico, através de uma triagem domiciliar do lixo, para a produção de hortas (que inclua o cultivo de ervas medicinais).

- Divulgar alguns alimentos essenciais a serem consumidos com reforço a feira comunitária.

- Incentivo a eventos comunitários que congreguem seus moradores.

- Realizar um levantamento, junto com a instituição responsável pelo problema do esgoto sanitário, para saber quais as residências que dispõem de ligações domiciliares à rede geral instalada e quais não possuem, juntamente com uma campanha educativa sobre os efeitos perniciosos do contato com o esgoto (principalmente as crianças).

- Apoio às práticas médicas paralelas.

- Reforço do papel atual do posto de saúde - divulgá-lo como um local de práticas médicas preventivas-, necessitando para isso, tanto por parte da população: uma campanha de conscientização para o uso do posto; quanto por parte dos médicos: uma nova orientação para sua conduta, mais adaptadas às necessidades, percepções e linguagem de seus "pacientes".

BIBLIOGRAFIA

- ABRASCO, 1989: A Experiência SUDS e os desafios atuais da Reforma Sanitária. Abrasco, R.J.
- ALBUQUERQUE, Cleide. M.P., 1983: Tecendo Redes Sociais: A articulação de Instituições sociais numa localidade pesqueira de Santa Catarina. Dissertação de Mestrado. UFSC.
- ARAUJO, Alceu. M., 1979: Medicina Rústica. Editora nacional, S.P.
- ARMELAGOS, et. al., 1978: The Ecological Perspective in Disease. In: Health and the human condition. Logan e Hunt, org., Mass, Duxbury press. pp. 74-83.
- ÁVILA-PIRES, F. de., 1983: Princípios de ecologia humana. UFRGS/POA; CNPQ/Brasília.
- BANCO MUNDIAL, 1991: Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial.
- BOLTANSKY, Luc, 1984: As classes sociais e o corpo. Graal, R.J.
- BRAGA, José. C. de S. e PAULA, Sérgio. G., 1986: Saúde e Previdência. Hucitec, S.P.

- BUCHILLET, Dominique. et.al. 1991: Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia. CEJUD, Belém.

- BUNGE, Mário, 1980: Ciência e Desenvolvimento. Itatiaia. B.H.

- CAMPOS, Gastão. W. S., 1991: A Saúde Pública e a Defesa da Vida. Hucitec. S.P.

- CAMPOS, Marta. S., 1982: Poder, Saúde e Gosto. Cortez, S.P.

- CAPRA, Fritjof, 1982: O Ponto de Mutação. Cultrix, S.P.

- COCKERHAM, William. C., 1978: Medical Sociology. Prentice-hall inc., New Jersey.

- COHN, Amélia, et.al., 1991: Saúde como direito e como serviço. Cortez/CEDEC, S.P.

- COIMBRA, Marcos, A.E.L.S., 1982: Cidade, Cidadania e Políticas Públicas. In: Qualidade de vida urbana. Debates urbanos 7. pp. 79-101.

- CORDEIRO, Hésio. A., 1982: A qualidade de vida urbana e as condições de saúde: o caso do R.J. In: Qualidade de vida urbana. Debates urbanos 7. Zahar, R.J. pp. 55-77.

- COSTA, Ana. M., 1980: Riqueza_de_pobres. Dissertação de Mestrado. Instituto Central de Ciências Humanas da Universidade de Brasília.
- DJUKANDVIC, C. V., et al. 1975: Alternative_approaches_to_meeting_basic_health_needs_in_developing_countries. UNICEF/WHO. Geneva.
- DUPUY, Jean-Pierre, 1980: Introdução_à_crítica_da_ecologia_política. Civilização brasileira, R.J.
- ECKHOLM, Erick. P., 1982: Health_and_human_environment. In: Down to earth. Environment and human needs. W.W. Norton Company, New York/London.
- ELSÉN, Ingrid., 1984: Concepts_of_health_and_illness_and_related_behavior_among_families_living_in_a_brazilian_fishing_village. Tese de doutorado. Universidade da Califórnia, Berkely.
- ESMANHOTO, R. e ALMEIDA, N. P., 1989: À_saúde_das_cidades. Hucitec, S.P.
- FAVERET, Paulo., e ALMEIDA, N. P., 1989: À_universalização_excludente. ANPEC/PNPE, R.J. mimeo.

- FELENBERG, Gunter, 1980: Poluição medicamentosa. In: Introdução aos problemas da poluição ambiental E.P.U/Springer/EDUSP, S.P..

- FERREIRA, Francisco.A.C., 1987: Irrigação domiciliar no Morro do Moco-tó. Comcap.

- FOSTER, George. M. and ANDERSON, Barbara. G., 1978: Medical Anthropology. John Wiley sons, inc., E.U.A.

- GIFFIN, K. e SHIRAIWA, T., 1989: O agente comunitário de saúde pública: a proposta de Mangueiras. Cadernos de Saúde Pública, R.J. 5(1): 24-44 jan/mar.

- GOLDENBERG, P., 1988: Repensando a desnutrição como questão social. UNICAMP, Campinas.

- GRANDA, E. e BREILH, J., 1989: Saúde na Sociedade. Cortez/Abrasco.

- GREENFIELD, S., 1986: O Espiritismo como um sistema de cura. In: Sistemas de Cura - as alternativas do povo. Mestrado em Antropologia, UFPe, Recife.

- GUIMARAES, Reinaldo, et. al., 1984: Saúde e Medicina no Brasil: contribuições para o debate. Graal, R.J.

- HAAK, Hildbrand. M. D., Pharmaceuticals in two brazilian villages: Lay practices and perceptions. In: Revista de Saúde Pública, S.P.
- ILLICH, Ivan., 1975: A expropriação da saúde. Nêmesis da Medicina. Nova Fronteira, R.J.
- IPUF/P.M.F., 1985: Projeto de urbanização e saneamento do Morro da Caixa.
- JACOBI, P., 1990: Descentralização municipal e participação dos cidadãos: Apontamentos para o debate. In: Revista Lua Nova. Maio nº 20, S.P. pp. 121-143.
- JAGUARIBE, Hélio. et. al., 1989: Brasil: Reforma ou Caos. Paz e Terra, R.J.
- LANGDON, Esther. J., 1988: Saúde indígena: a lógica do processo de tratamento. In: Saúde em debate. (jan.), ed. especial.
- LAPLANTINE, F. e RABEYRON, P. L., 1989: Medicinas Paralelas. Brasiliense
- LAPLANTINE, F., 1991: Antropologia da Doença. Martins Fontes, s.P.

- LARAIA, Roque. de B., 1986: Cultura: um conceito antropológico. Zahar, R.J.

- LAURELL, Asa. C., 1983: A saúde-doença como processo social. In: Medicina Social - aspectos históricos e teóricos. Global editora, S.P.

- LEVEFRE, F., 1983: A Eufecção simbólica dos medicamentos. In: Revista de saúde pública 17:500-3, S.P.

- LOYOLA, Maria. A., 1984a: Médicos e Curandeiros. Conflito social e saúde. Difel, S.P.

- -----, 1984b: Medicina Popular. In: Saúde e Medicina no Brasil. Graal, R.J.

- -----, 1987: Medicina Popular: Rezas e curas de corpo e alma. Revista Ciência Hoje.

- -----, 1991: Medicina tradicional e medicinas alternativas. In: Medicinas tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia. CEJUD, Belém.

- MACHADO, F. de A., 1988: As possibilidades de controle das políticas públicas. In: Revista de Administração Pública, 22(1):32-49, R.J.

- MEDICI, André. C., 1989: Saúde e crise na América Latina (impactos sociais e políticas de ajuste) In: Revista de Administração Pública. Maio/Jul. vol.23.

- MECHANIC, David., 1980: Medical Sociology. Free Press, New York.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987: Anais da VIIIª Conferência Nacional de Saúde, Brasília.

- MONTEIRO, Paula. 1991: A dimensão política umbandista de doença. ANPOCS, mimeo.

- MPAS/INAMPS, 1987: SUDS - decreto oficial nº 24.65Z - 20 julho/1987.

- MULLER, Kátia.T., 1992: Organização dos moradores em Florianópolis numa perspectiva de necessidades radicais. Dissertação de Mestrado. UFSC.

- NETO, Júlio. S. M., 1991: Políticas de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. In: Saúde em debate. nº 31. R.J.

- NEVES, Delma. P., 1984: As "Curas Milagrosas" e a idealização da ordem social. Universidade Federal Fluminense, Niterói.

- OLIVEIRA, Eida. R., 1985: O que é benzecão. brasiliense, S.P.
- PEDERSEN, D. 1989: Curandeiros, divindades, santos y doctores. Elementos para el análisis de los sistemas médicos. IN: América Indígena, vol. XLIX, nº 4.
- POSSAS, Cristina., 1989: Epidemiologia e sociedade. Heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil. HUCITEC, S.P.
- PRESS, Irwin., 1971: Ihe urban curandero. In: American Anthropology 73(3): 454-464.
- QUEIROZ, Marcos. S., 1980: Curandeiros do mato, curandeiros da cidade e médicos: um estudo antropológico dos especialistas em tratamento de doenças na região de Iguazú. In: Ciência e cultura 32(1): 31-47.
- QUEIROZ, M. S. e CANESQUI, A. M., 1986: Contribuições da antropologia à medicina: uma revisão de estudos no Brasil. In: Revista de Saúde Pública 20 (2): 141-151, S.P.
- SES (Relatório da Secretaria Estadual de Saúde). SUS - SC: Região da Grande Florianópolis.

- Idem, Á Política Nacional de Saúde em direção à Reforma Sanitária.
- ROSAS, Eric., (1981): Á extensão de cobertura dos serviços de saúde no Brasil. PIASS - análise de uma experiência. Dissertação de Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz, Brasília.
- SACHS, Ignacy., 1986: Ecodesenvolvimento: Crescer sem destruir. Ver-tice, S.P.
- SCOTT, Perry. (org.) et. al., 1986: Sistemas de curas às alternati-vas do povo. Mestrado em Antropologia. UFPe, Recife.
- SIGAL, Sílvia., 1979: Elements for a new health strategy in Third World Countries. Paris, CIRED.
- -----, 1981: Une autre approche de la santé. In: Initiation à l'écodéveloppement. En collab. avec A. Bergeret, M. Schiray, S. Sigal, D. Thery, K. Vinaver. Toulouse. Privat.
- SOMARRIBA, M. M. G., 1989: Lutas por saúde: Da participação comunic-tária à participação popular. UFMG. nº 25, jul./ago.
- SOUZA, Lúcia. de., 1982: Á saúde e a doença no dia-a-dia do povo. Cadernos do CEAS (77): 18-29. jan./fev.

- TEIXEIRA, Sônia. M. F. e OLIVEIRA, Jaime. A. A., 1985: (Im)previdência social - 60 anos de história da Previdência Social no Brasil. Vozes/Abrasco, R.J.

- TEIXEIRA, Sônia. M. F., 1989: Reformas Sanitárias na Itália e no Brasil: comparações. In: Reforma Sanitária. Em busca de uma teoria. Cortez/Abrasco, S.P.

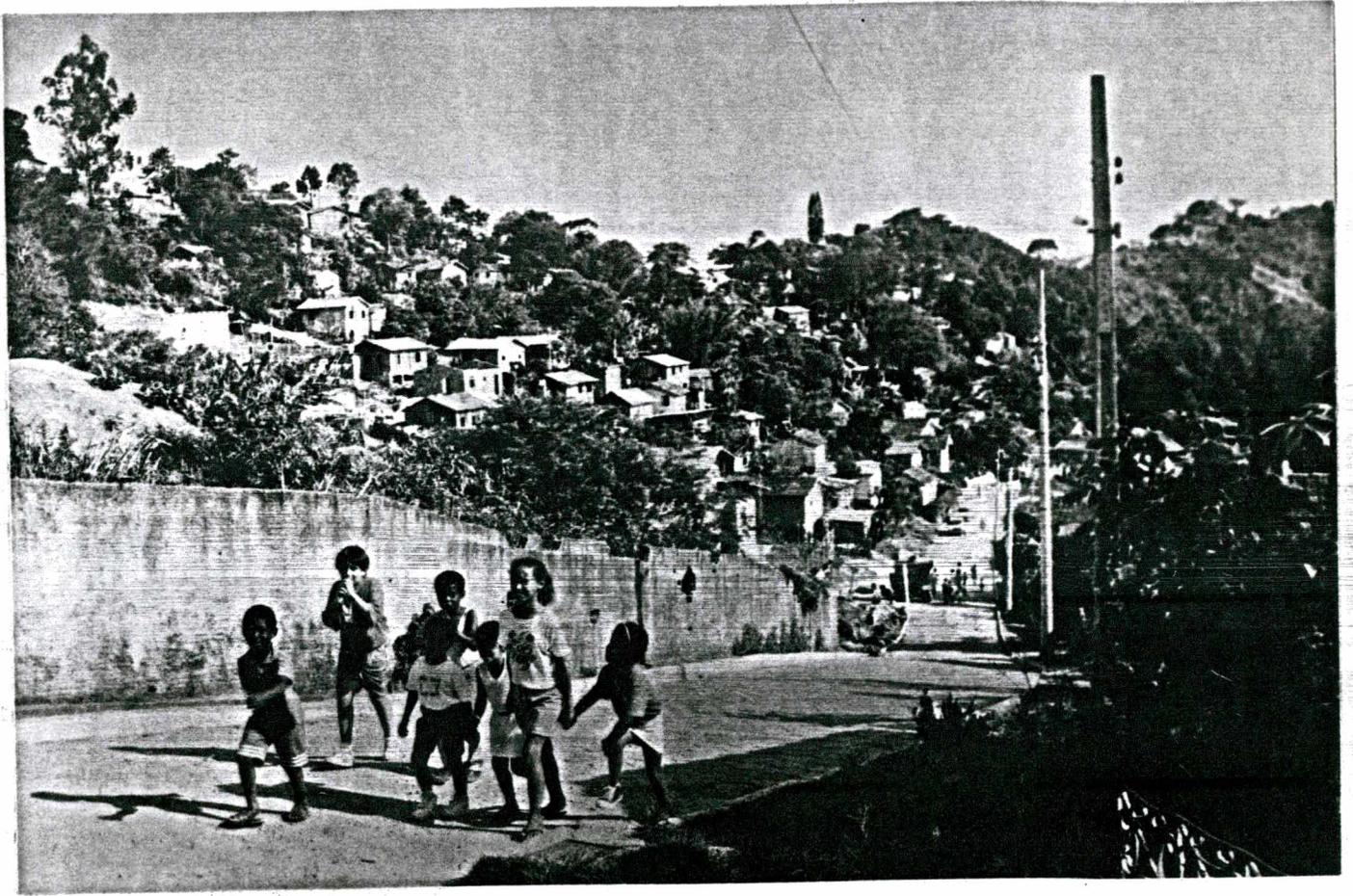
- _____, 1990: Descentralização dos serviços de saúde: dimensões analíticas. In: Revista de Administração Pública 24 (2):78-99, R.J.

- THÉBAUD, A. e LERT, F., 1987: Ciências sociais, saúde e industrialização no Brasil. In: Ciência e Cultura 39(2): 123-137.

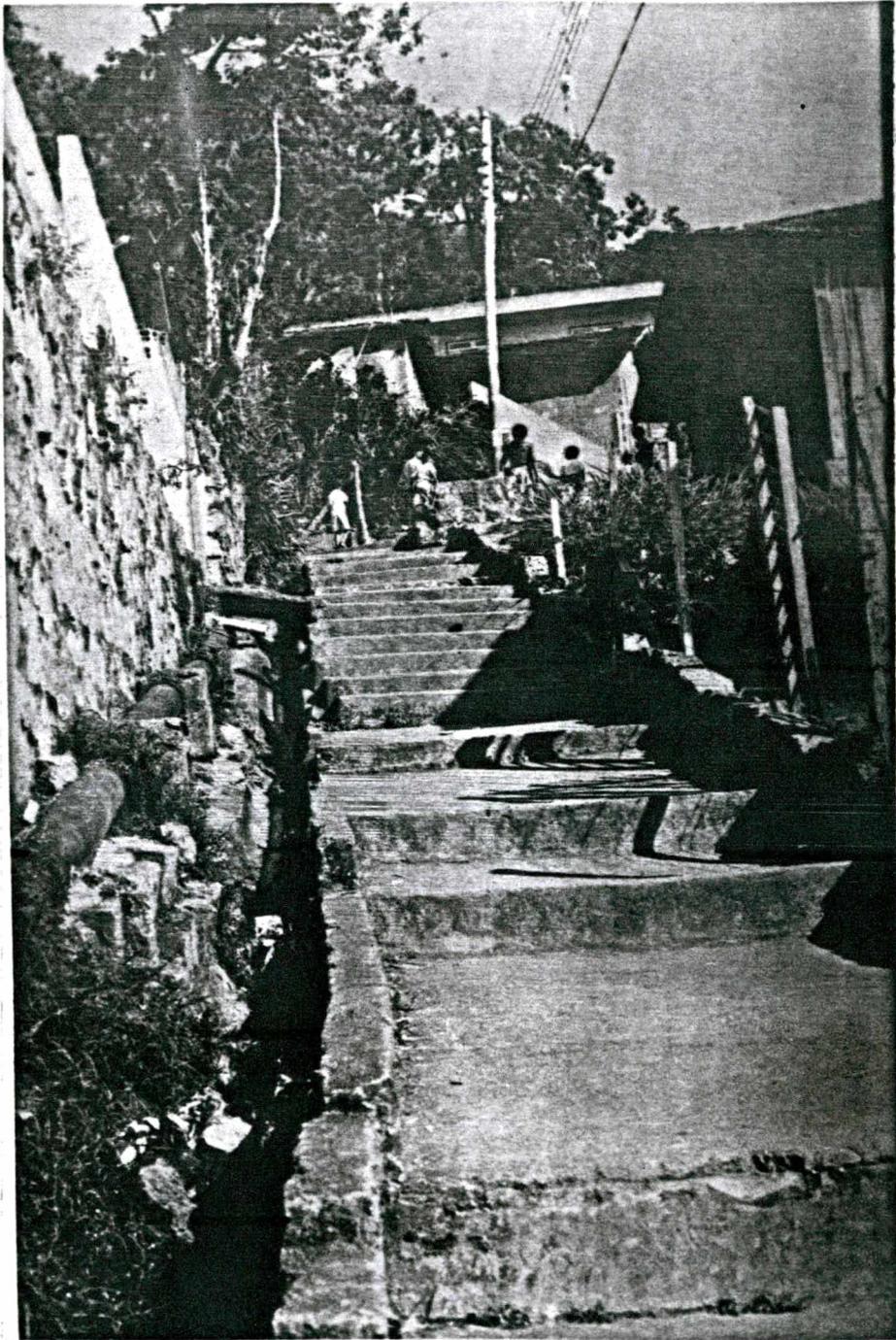
- UNESCO, 1981: Un enfoque ecológico integral para el estudio de los asentamientos humanos. UNESCO, Paris, pp. 13-107.

- VICTORA, C. G. et. al., 1989. Epidemiologia da Desigualdade. Hucitec, S.P.

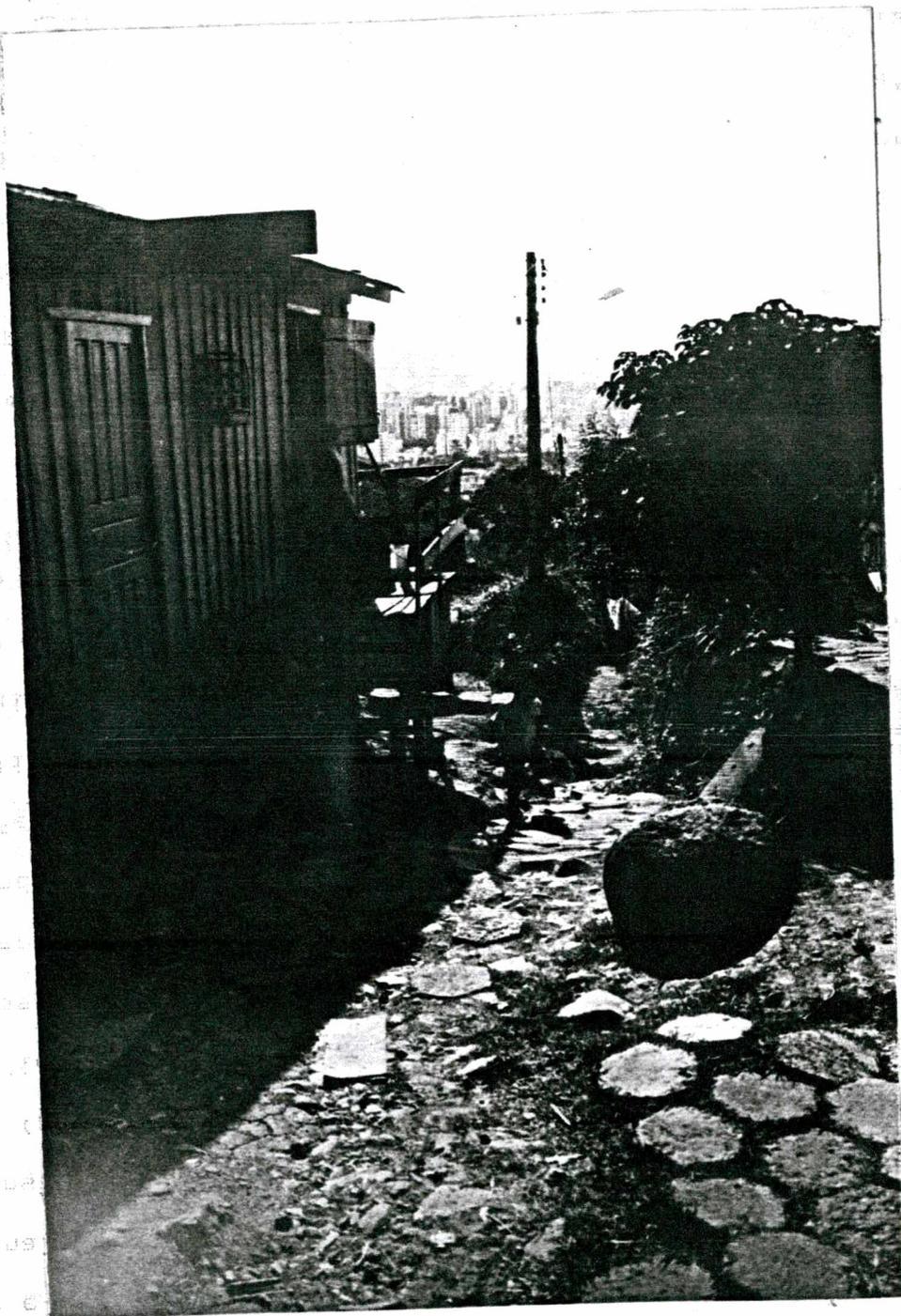
- WILSON, R. N., 1970: The Community framework. In: The Sociology of Health: An Introduction. Random house, New York.



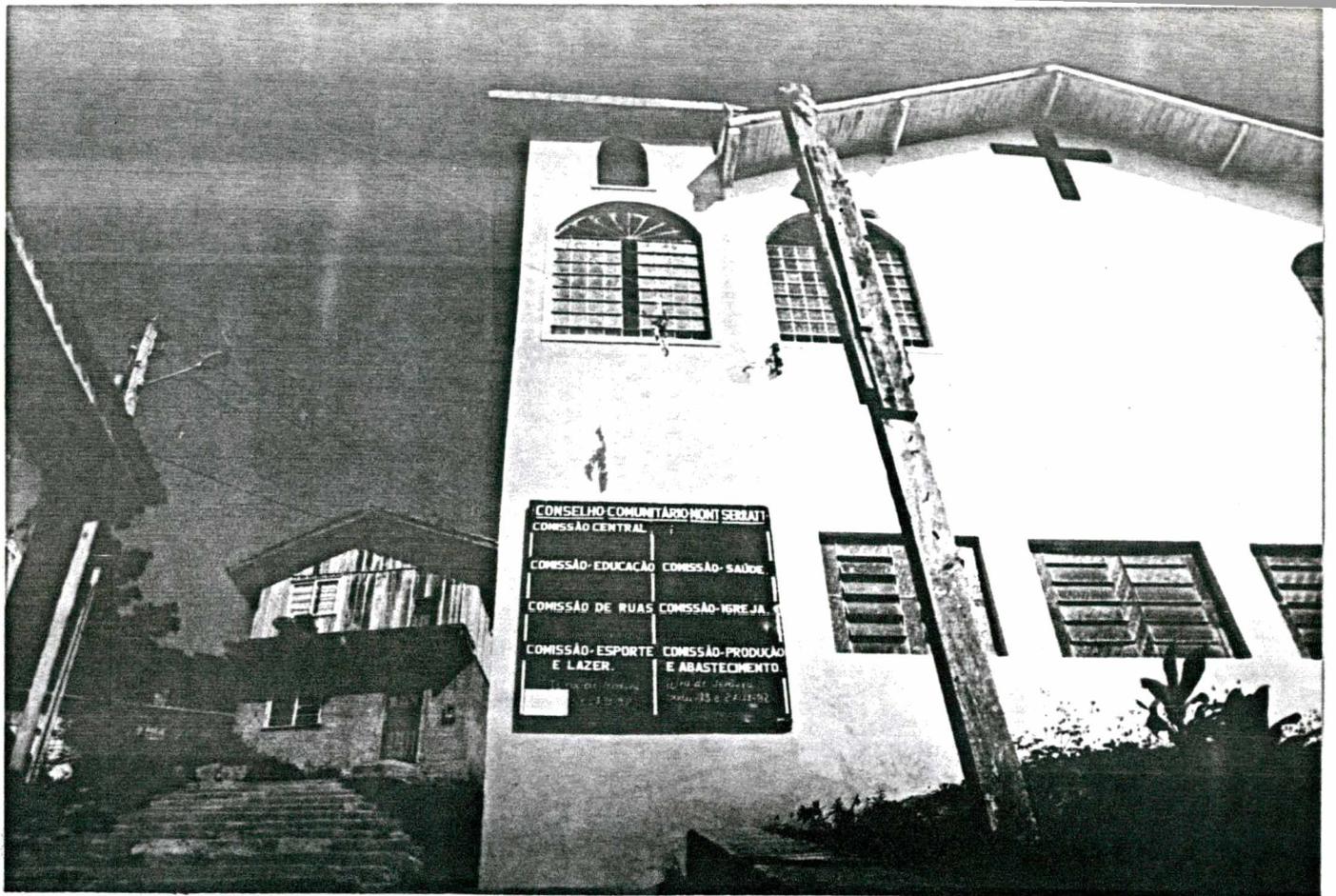
Vista parcial da "Morro da Caixa" (Monte Serrat).



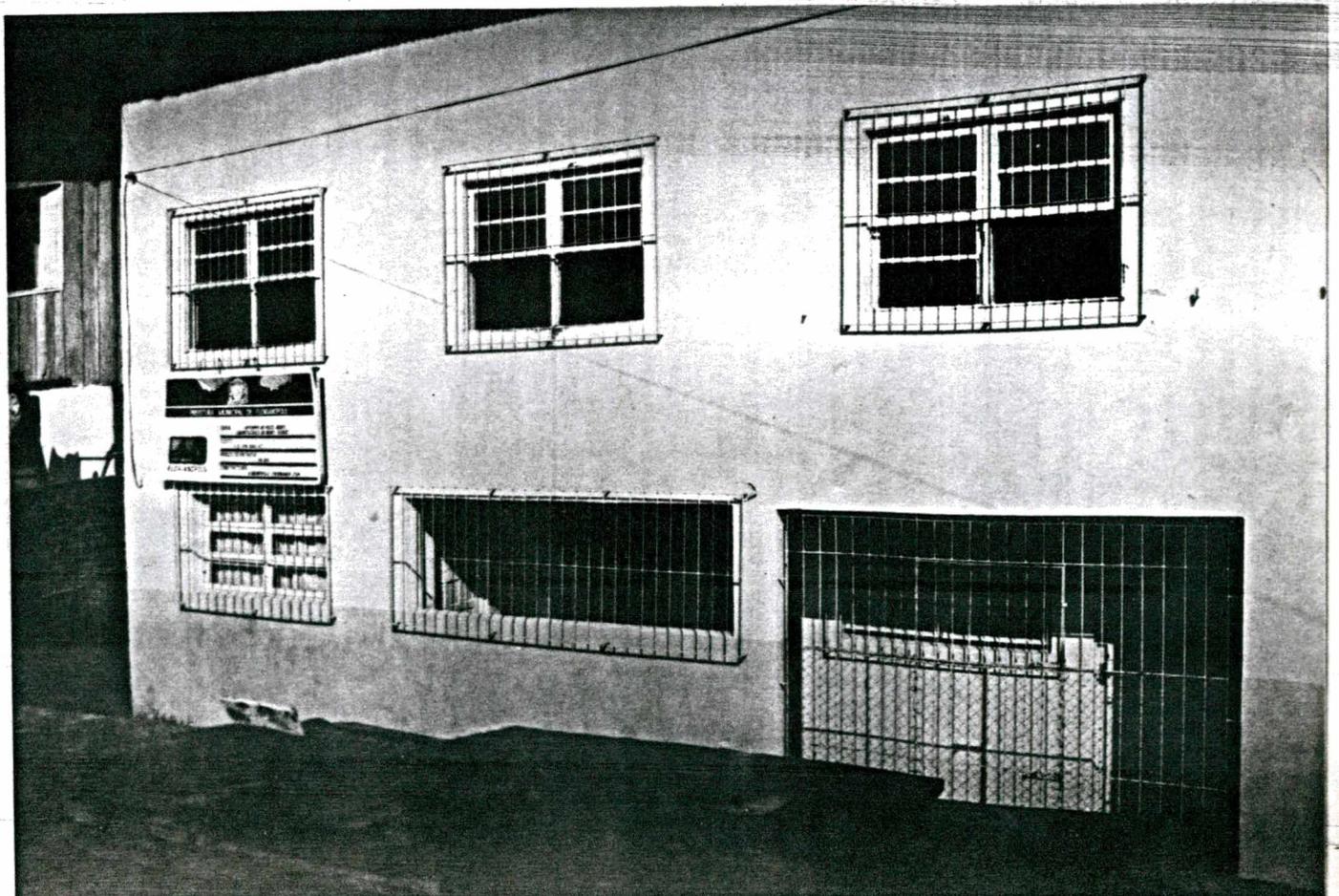
Servidão "Nova Descoberta". A vala lateral da escadaria serve para a maioria das casas próximas a ela, como escoamento de esgoto doméstico e lixo.



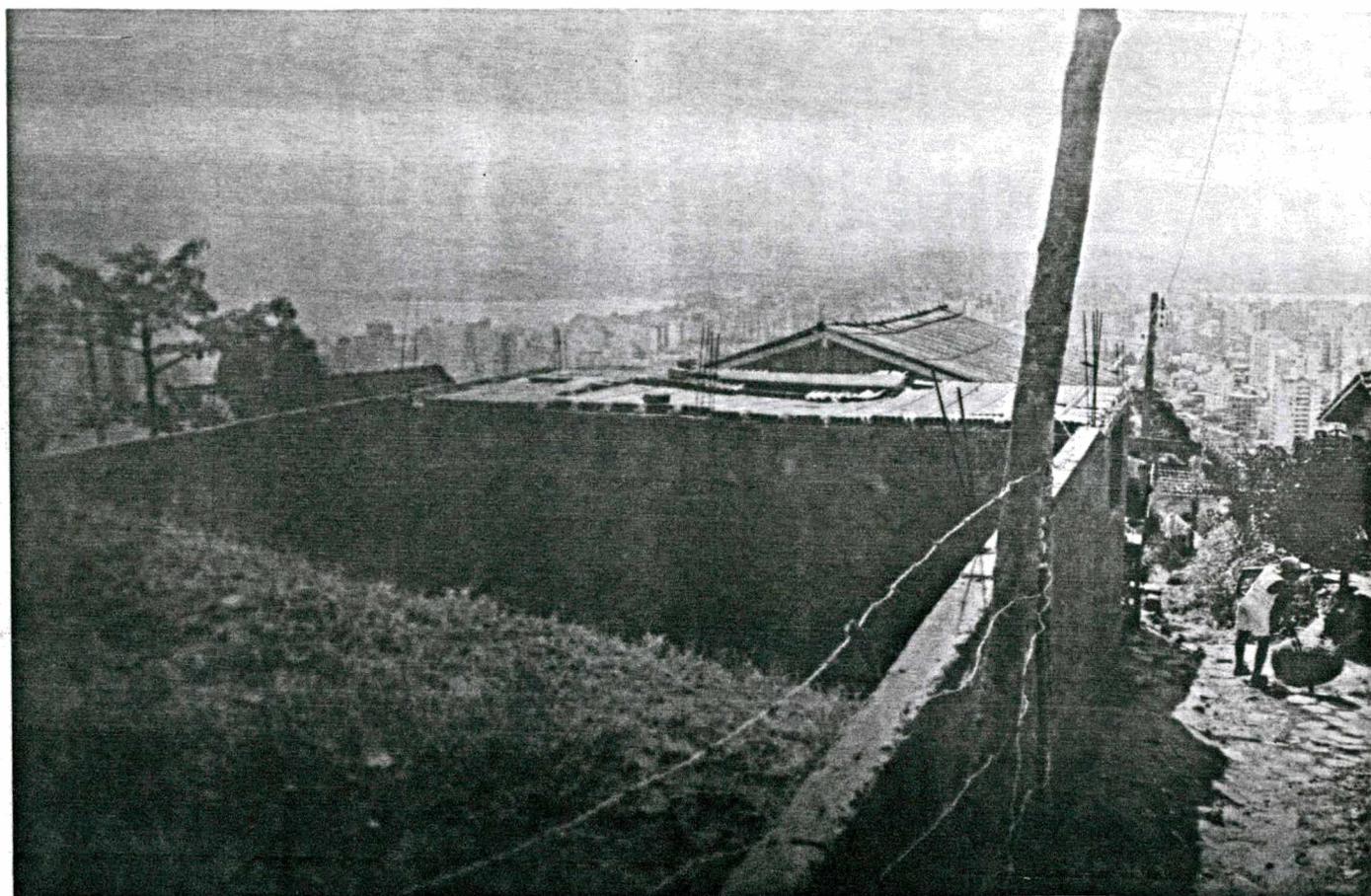
Uma das servidões sem calçamento e tratamento de esgoto.



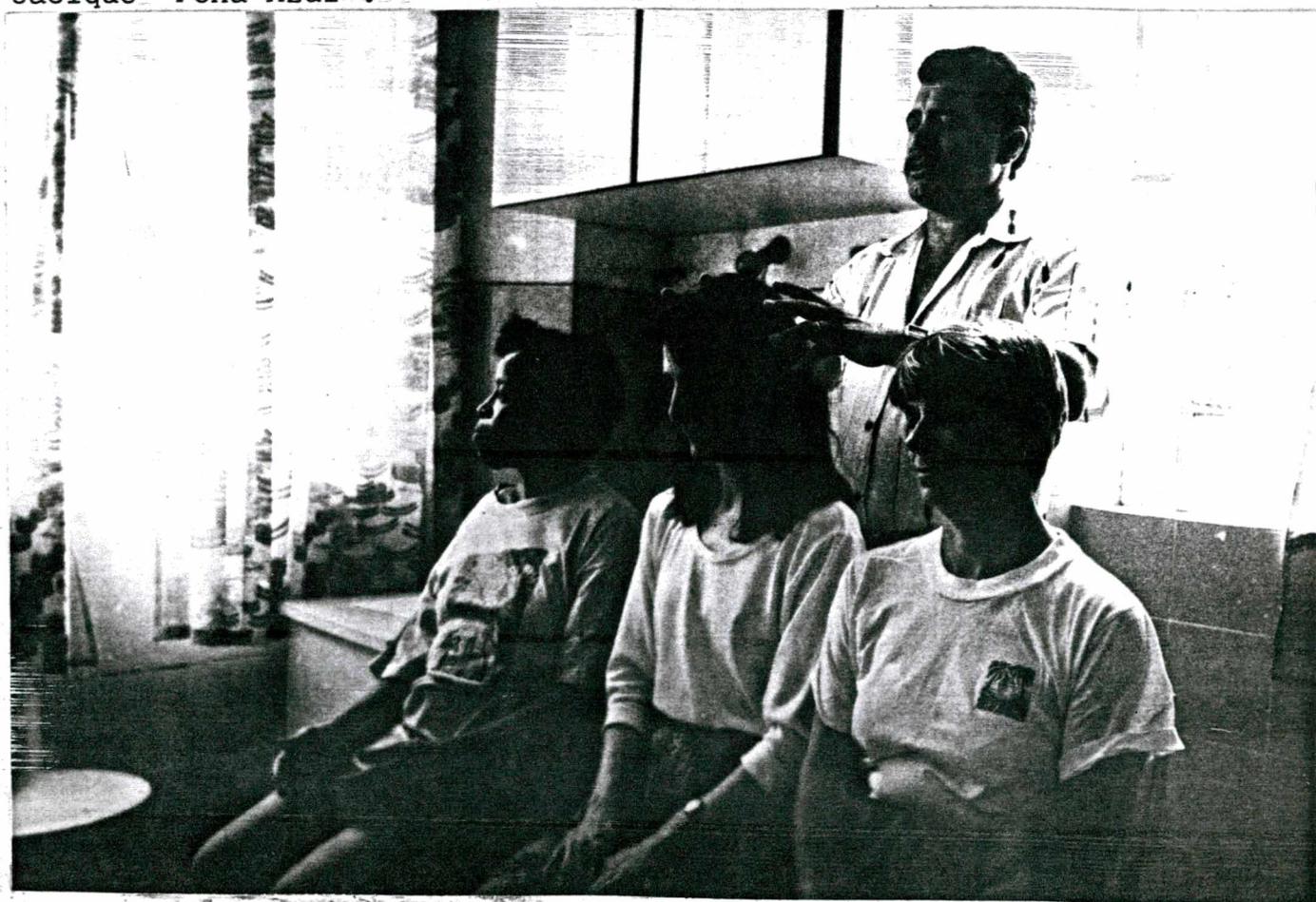
Igreja do Monte Serrat, onde realizam-se as reuniões do Conselho Comunitário. Na tabela, descrição das comissões do Conselho, bem como os horários da feira comunitária. Ao fundo, residência do Padre Vilson - importante agente de ação política comunitária no morro.



Posto de Saúde da Comunidade



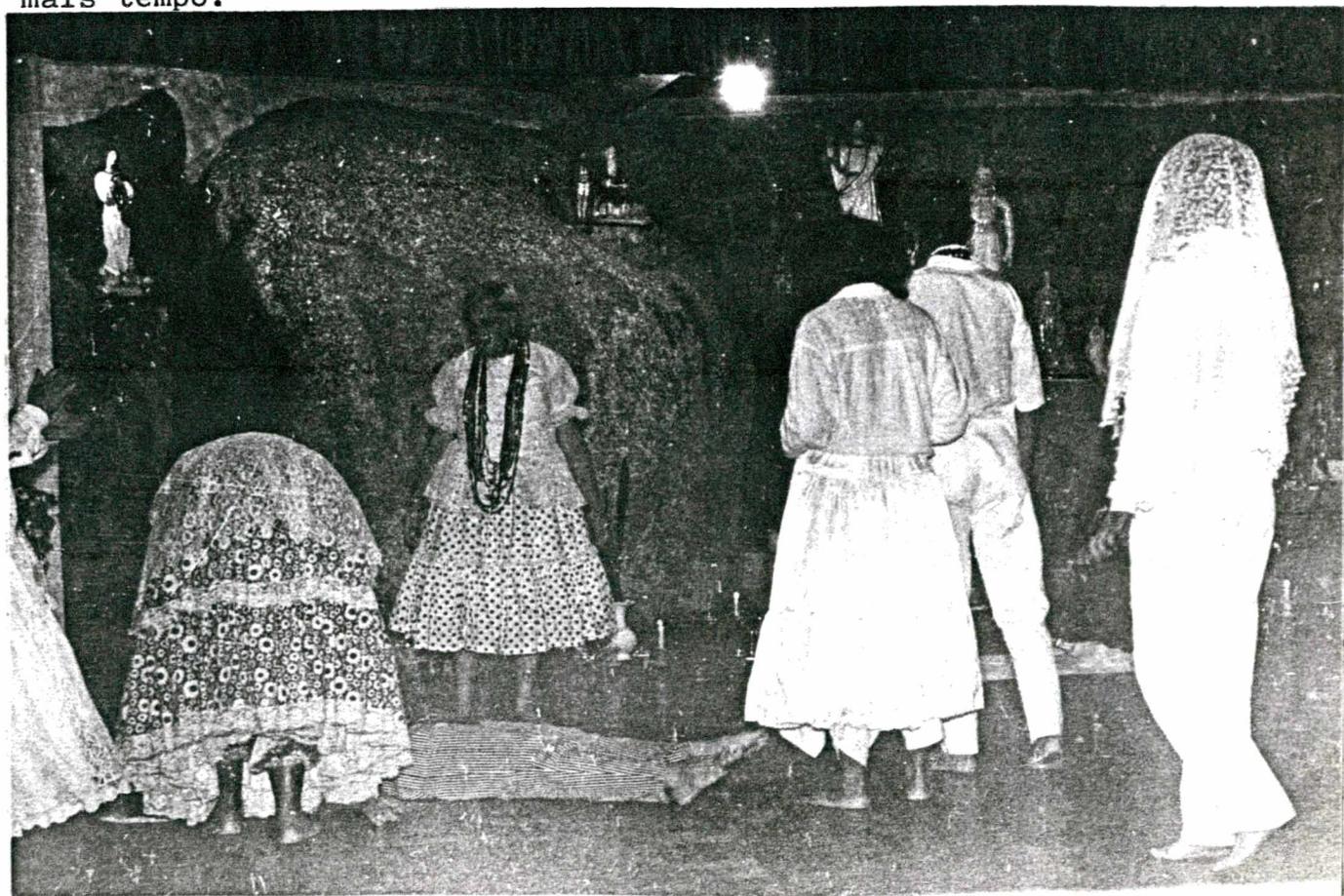
Construção do novo terreiro. Abaixo, residência de seu responsável- o cacique "Pena Azul".



Sessão de "passes" no Centro Espírita "Amor e Humildade do Apóstolo, localizado no centro da cidade.



Início do ritual umbandista, onde são exalados diversos incensos com o objetivo de "purificar o ambiente". A porta ao fundo serve para resguardar alguns pacientes que necessitem permanecer no terreiro por mais tempo.



Médiuns "em transe".



"Pai-de-santo", concedendo passes aos moradores da comunidade



"Mãe-de-santo", responsável pelo terreiro pesquisado, e nossa informante.



Ao fundo, médium "em transe", incorporado no espírito de um "pai-de-santo".



Ao fundo, médiuns "em transe". Na parede lateral direita, quadro de Jesus Cristo; demonstrando o 'sincretismo religioso' que fundamenta as práticas deste terreiro.