

SISTEMAS MÉDICOS: PERCEPÇÃO E COMPORTAMENTO EM RELAÇÃO AO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA EM UMA COMUNIDADE DE FLORIANÓPOLIS (SC)

Márcia Grisotti

Entre os diversos fatores que influenciam as 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 de 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 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 assinala que uma significativa maioria dos episódios de doenças informadas costuma ser tratada, também, fora dos sistemas de atendimento oficial. Isto se dá, ora recorrendo a outros sistemas médicos, por exemplo, as medicinas paralelas, ora através da auto-medicação, ou simplesmente não tomando iniciativa nem ação deliberada para modificar a situação. Além do mais, como demonstra Pedersen (1989, p. 641), do total de pacientes que inicia um tratamento médico, a metade o interrompe ou abandona antes do tempo indicado pelo médico.

No caso brasileiro, como veremos, esse fato não significa uma rejeição da medicina oficial, mas uma estratégia de complementariedade no processo de tratamento. Apesar da medicina oficial impor-se a todos os grupos sociais como sistema dominante, ela continua inacessível a mais de um terço da população brasileira (Loyola, 1984; Thebaud/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, através do SUS, um número significativo da população encontra, através de canais heterogêneos e até antagonistas de medicina e religião, outras formas de acesso e tratamento.

Por isso, diante do processo de reformulação da política de saúde no âmbito governamental, através do SUS e do potencial que existe em termos de autonomia comunitária, há necessidade de estudos diagnósticos que precisem a dinâmica das percepções e dos comportamentos em comunidades específicas, tanto do ponto de vista da medicina familiar e paralela quanto da relação desta com as políticas oficiais de saúde. Ou seja, como as populações de baixa renda se relacionam com outras possibilidades de cura? Como é

exercida a medicina familiar? Como ela se relaciona com o sistema oficial de saúde (via posto de saúde local) e/ou com os sistemas paralelos de cura? E em que sentido esse estudo diagnóstico poderia contribuir para o processo de dinamização do SUS no contexto da medicina comunitária?

Sistemas médicos: uma conceituação

Concordando com Pedersen (1989, p. 638), Foster/Anderson (1978, p. 36) e Langdon (1988, p. 15), 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/Anderson, consideram o sistema médico como um conjunto complexo que inclui:

Knowledge, beliefs, techniques, roles, norms, values, ideologies, attitudes, customs, rituals and symbols that interlock to form a mutually reinforcing and supporting system). 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 that, however tangentially, bear on the health levels of the group and promote optimum functioning of society (Foster/Anderson, 1978, p. 36).

Para fins de análise, estes autores dividem o sistema médico em duas categorias: 1) sistema da teoria da doença (*disease theory system*) e 2) sistema de atenção a saúde, ou serviço de saúde (*health care system*). A primeira refere-se à crença sobre a natureza da saúde, as causas e o porquê da doença, os remédios e outras curas técnicas, que denominamos de Percepção da doença. Esta, segundo Langdon, compõe parte da cultura geral do grupo, pois: “a experiência da doença como qualquer outra experiência nunca é um acontecimento isolado, mas é ligado com o total de crenças e costumes que compõem a cultura” (Langdon, 1986, p. 2).

A segunda 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, em primeiro lugar, a realidade simbólica no qual estão submersos os sistemas médicos e no interior do qual se produzem os diversos modelos explicativos sobre o processo saúde-doença; em segundo, 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; e, em terceiro lugar, as diferenças entre percepção e comportamento, que nem sempre são simultâneas e coerentes entre si, isto é, um indivíduo pode perceber, de uma certa maneira, alguns aspectos da realidade, porém, isso não significa que seu comportamento, a partir desta percepção, seja equivalente. Isso implica uma complexificação da teoria das representações.

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 às situações de doenças, tem sido e continua sendo objeto de investigação tanto da sociologia da saúde 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 essas obras salientam o caráter ideológico e etnocêntrico impregnado no conjunto de tais obras. Ao despreverem 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) 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 dessas práticas ao desenvolvimento da urbanização, negando-lhes qualquer possibilidade de eficácia atual (Loyola, 1984a; Queiroz/Canesqui, 1986; Costa, 1980; Neves, 1984).

Embora exista um contingente muito amplo de investigações nas 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, pouco avanço tem sido feito no sentido de compreender efetivamente a lógica subjacente à conduta terapêutica do paciente. Isto se deve, segundo Buchillet (1991, p. 34), a dois motivos: em primeiro lugar, porque procura-se determinar os fatores que regem a utilização da medicina oficial em vez de centrar o foco na análise sobre a maneira pela qual os indivíduos se utilizam das diferentes alternativas terapêuticas; e, em segundo lugar, pelo método de pesquisa utilizado para abordar as representações ligadas às doenças e seus tratamentos – geralmente com entrevistas nos centros de saúde ou fora dos episódios de doenças, o que dificulta a associação entre os dados descritivos sobre percepções de saúde/doença com os comportamentos efetivos observados, através dos itinerários terapêuticos.

O relacionamento de populações de baixa renda com os sistemas médicos oficial, familiar e paralelo tem sido analisado por alguns autores, entre os quais destacamos: Loyola (1984a, 1984b, 1987), Boltansky (1984) e Buchillet (1991). Em face à centralidade que os termos medicina oficial, medicina familiar e medicina paralela ocupam neste trabalho, cabe precisá-los com mais

rigor. É importante enfatizar que no detalhamento do conceito de medicina oficial não trabalharemos sobre os princípios teóricos da alopatia nem sobre a importância do desenvolvimento de uma metodologia rígida de comprovação de eficácia, nascida no século XIX com a medicina experimental; mas sobre a prática médica.

Por medicina oficial entendemos o conjunto de práticas envolvidas na oferta de serviços públicos de saúde às populações de baixa renda. Ela é executada por médicos vinculados ao SUS e aos centros de saúde. Dentro do espectro da medicina, esses médicos 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. Esses médicos lidam com uma clientela que, em diversos graus, recorre também a diferentes especialistas populares e que vê a medicina oficial como uma entre outras ofertas médicas, embora considerem-na como legítima e superior (Loyola, 1984a, p. 22-3).

Esses médicos são, ainda, fornecedores de cuidados referentes ao que Illich (1975, p. 17-24 e 43) tem apontado, 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. Essa 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 mais 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 a da prática de outros especialistas em ocasiões de doenças. O conhecimento médico familiar resulta, assim, segundo Loyola "... de uma expectativa prática na qual se associam inseparavelmente remédios caseiros, conselhos de vizinhos, diagnósticos e medicamentos de especialistas" (Loyola, 1984a, p. 125).

Os praticantes da medicina familiar expressam-se atualmente de múltiplas formas em áreas urbanas: ora resgatando conhecimentos antigos sobre remédios caseiros, higiene e alimentação, ora recorrendo a medicinas paralelas na busca de curas milagrosas, através de preces e orações; ora apelando para automedicação. Esta última tendência tem-se acentuado 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, p. 25).

Ambos os autores, Loyola e Boltansky concordam que a prática médica oficial e familiar não são excludentes, mas 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).

Em relação a isso, Haak (1989) apresenta dados obtidos no estudo do atendimento de uma farmácia em São Paulo, na qual, de todos os remédios vendidos, 34% foram comprados pela iniciativa própria dos consumidores, 22% prescritos pelos atendentes de farmácia e apenas 44% prescritos diretamente por um médico. O autor reconhece, entretanto, o caráter elástico do conceito de automedicação, não subestimando o papel do médico no consumo de remédios, pois muitos deles foram obtidos através de velhas prescrições médicas pessoais, ou de 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. Esse exemplo reforça a constatação do autor, na qual "... 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, p. 17).

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 sua importância no cotidiano das populações de baixa renda. Há, ainda, pouca consciência dos aspectos negativos da aplicação dos medicamentos modernos.

O aumento que vem ocorrendo no consumo de medicamentos reforça a hipótese da associação cada vez maior entre a medicina familiar e a oficial pelo desaparecimento, em longo prazo, das receitas de remédios caseiros e demais experiências acumuladas pelas famílias.

No caso da expressão de medicina paralela, ela denota, segundo Loyola (1991), não um fenômeno limitado unicamente às áreas rurais, mas 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, p. 3).

Esse segmento, segundo esta autora, é composto por indivíduos sem formação universitária, que vivem geralmente nas comunidades onde atuam, respondendo por várias especialidades terapêuticas, desde erveiros e benzedeiros até representantes da umbanda e do candomblé, incluindo-se também outras práticas de cura de fundo religioso, oriundas do protestantismo e do catolicismo.

Na pesquisa que realizamos evitou-se uma abordagem, preconizada pelos folcloristas, que classifica tais práticas em termos de fenômenos mágicos, residuais e atrasados ou como revanche/oposição de classe, conforme sugere Boltansky (1984, p. 61). 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. Além disso, segundo Neves (1984), bem como Boltansky e Loyola, a oposição entre as duas ditas medicinas pode suscitar outros problemas, pois, as unidades de comparação e seus efeitos práticos não são equivalentes, isto é:

... a referência à medicina científica como fragmentária se baseia na análise do ato médico e não das teorias gerais sobre a saúde e a doença ou das visões de mundo que orientam tais atos. A referência à medicina popular como totalizante se funda no sistema de representações que explica o homem em sua relação com o mundo social e sobrenaturalizado, e não no ato do agente dito curador ou eclesiástico (NEVES, 1984, p. 10).

Portanto, para nossas finalidades, a expressão paralela faz alusão a uma técnica terapêutica adicional e não substitutiva que, de acordo com Buchillet (1991), significa um novo instrumento eficaz a aumentar seu próprio arsenal terapêutico ou complementar. Ela pode ser considerada uma alternativa à medicina oficial, conforme é sugerido por Loyola (1984a, 1984b, 1987, 1991), com ressalvas quanto ao caráter concorrente, atribuído por essa autora, da medicina paralela frente à medicina oficial.

Na percepção dos praticantes da medicina paralela, questiona-se o potencial da medicina oficial em tratar certos tipos de doença. Isto não impede que a medicina oficial seja concebida como superior e legítima. Para a medicina oficial, por sua vez, o modelo biomédico é percebido como indiscutível, se reconhece 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). Por outro lado, na percepção dos usuários, ambos os tipos são considerados complementares, embora não se questione a legitimidade e superioridade do saber médico oficial.

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 - SUS). 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. Esses, contrariamente ao médico oficial, geralmente, frequentam o mesmo meio social dos seus usuários.

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-chave sobre o mundo, e explicam porque certos procedimentos, considerados ineficazes de

um ponto de vista biomédico, continuam a ser colocados em prática por certas sociedades e/ou culturas e ajudam a compreender também a relação médico-paciente, propiciando aos primeiros uma visão mais ampla sobre as concepções de saúde-doença de sua clientela.

Por último, a busca de terapias alternativas parece constituir, também, uma via de escape aos custos elevados das receitas, às deficiências do atendimento, às longas filas de espera nos serviços oferecidos pelas instituições oficiais de saúde.

Concepções de saúde/doença

A análise a seguir refere-se aos dados obtidos na pesquisa realizada numa comunidade de periferia da cidade de Florianópolis, no estado de Santa Catarina, no ano de 1990 a 1991. Para este estudo de caso foram realizadas entrevistas em profundidade com trinta famílias e feito o acompanhamento de seu cotidiano durante um ano e seis meses, bem como observação e entrevistas com especialistas das medicinas paralelas, além dos médicos e atendentes do centro de saúde da comunidade. Em geral, as doenças citadas referem-se às experiências que ocorreram a eles próprios ou a seus filhos/parentes/vizinhos e/ou através de sua experiência com as medicinas oficial e paralela.

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 segunda fase da coleta de dados, por 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 quatro 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 compõe-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. Alertamos que os números entre parênteses referem-se à soma dos indicadores das respectivas categorias.

Criança saudável - Para a maioria a categoria "características físico/comportamentais" e seus respectivos indicadores foram os mais apontados.

Entre eles, o indicador “alimentação” ocupa o 1º lugar (20), seguido pela capacidade para realizar atividades físicas, por exemplo, “se brinca” (16), “se é gorda” (8), e em quarto “se dorme bem” (4). A ênfase dada aos dois primeiros indicadores - alimentação e gordura - estão relacionados a uma situação de carência alimentar generalizada, tanto no que se refere à qualidade, quanto na quantidade e caracterizado muitas vezes através da aparência física -principalmente a gordura.

Uma outra maneira de medir uma criança saudável é através de seu estado psicológico - por exemplo, 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 quatro mulheres. Na verdade, muitas mães associam o “choro” da 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 ficar 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.

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 exemplo, sarampo, caxumba, catapora, resfriado, vermes... Estes dois 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 – 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 a outros indicadores por elas mesmas descritos. Uma mulher saudável, precisa ser “forte” (14), isto é, não ser fraca nem cansada e estar com “disposição”, principalmente para realizar as tarefas domésticas e/ou trabalho remunerado (16) e “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 doze mulheres, “nenhum problema sério”, que possa impossibilitar o seu trabalho diário e que seja possível postergar os cuidados necessários, como se evidencia na declaração:

Às vezes eu sinto alguma coisa, mas não falo... eu até escondo, não fico dizendo que sinto isso ou aquilo, mesmo quando me perguntam... porque tenho que cuidar dos filhos, do trabalho, só quando não dá mais para aguentar, aí eu vejo o que é (C.C., 58 anos).

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”. Contudo, é importante resgatar que a medicina familiar, como já foi caracterizada, compõem-se de remédios caseiros, mas também de remédios prescritos por médicos, da utilização de antigas receitas médicas (suas ou de vizinhos/parentes), de conselhos de farmacêuticos, que apontam para a fácil aquisição e presença dos medicamentos alopáticos no cotidiano de vida das entrevistadas. É importante destacar que o consumo de medicamentos, nesse estudo de caso, 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 consequente perda do emprego.

A categoria "não se queixa", enfatizada para as mulheres, é citada apenas duas 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 está bem, já fica todo preocupado. Eu é que tenho que providenciar as coisas... os remédios ou marcar a consulta. Eu também me informo com outras mulheres aqui da vizinhança sobre o que é (a doença) e como tenho que tratar... 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 Moduretic!" (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 exemplo:

Eu tenho diabete e meu marido tem pressão alta, eu é que aplico a insulina e cuido da pressão dele... eu estou 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 parece 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 têm esse problema (M.A., 39 anos).*

Alertamos para o fato de que estas considerações referem-se às 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 quatro categorias são apontadas, porém os indicadores a elas correspondentes sofreram alterações. Na categoria "características físico-comportamentais" dois novos indicadores foram citados: "se caminha" (20) e "se fala bem" (13).

Em relação à categoria "trabalho e atividades físicas", o indicador "trabalho moderado" (5) expressa a visão segundo a 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 à 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, entre outras.

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

Em nossa pesquisa, entrevistamos algumas mulheres idosas (6). Destas, três 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 sou doente agora, mas eu já vivi bastante, já tive feliz, a minha filha não, ela não conhece as coisas, tá sempre assim e vai morrer assim (M.I., 77 anos).

Causas e medidas preventivas

Os exemplos que usaremos referem-se aos 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 também variam conforme idade, gênero e tipo de doença.

Para cada doença, as mulheres apontavam a época do ano em que havia mais incidência, quem era mais atingido, sintomas, causas, grau de perigo e quem e como é tratada. 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".

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

Para crianças, os problemas mais citados foram: problemas respiratórios - bronquite (9), gripe (22), pontada (11), vermes (21) - algumas referem-se a “piança de bicha” ou “ataque de bicha”, diarreia (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, aleijadas, os quais em nossa amostragem não foram detectadas.

Enquanto que para adultos foram citadas 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 o quadro:

DOENÇAS	SINTOMAS	CAUSAS	GRAU DE PERIGO	QUEM TRATA
<i>Verminoses</i>	barriga grande c/ dores não brinca (tem sono) - Palidez/vômito	- brincar na sujeira - alimentos mal cozidos e lavados - andar descalço - comer doces	- ‘ataque de bixa’ - Vermes - embolarem (quando o médico der injeção)	- em casa
<i>Diarréia</i>	- não brinca - fezes mole	- brincar na sujeira - alimentos mal lavados - alimento estragados	- desidratação	- em casa
<i>Desidratação</i>	- olhos fundos - vômito - não brinca	- contágio na creche - má alimentação - pouco consumo de água	- anemia	- em casa
<i>Gripe</i>	- nariz escorrido - tosse - febre	- friagem - mudança de clima	- não tem	- em casa
<i>Pontada</i>	- gripe - catarro - febre	- umidade - friagem - contágio	- não sabem	- médico (posto) - em casa
<i>Anemia</i>	- fraqueza - magreza - não brinca	- não come o necessário - genético	- leucemia	- em casa - benzedeira
<i>Alergia</i>	- coceira - ferida na pele	- não sabem	- não sabem	- médico (posto) - em casa
<i>Cobrero</i>	- feridas na pele	- contato com: lagartixa e aranha	- não tem	- benzedeira
<i>Mau-olhado</i>	- cansaço - não come - só quer dormir - palidez	- inveja - vingança	- anemia	- benzedeira - centro espírita
<i>Arca caída</i>	- dor nas costas - não come - chora muito	- mal jeito de pegar a criança	- não sabem	- em casa - benzedeira

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 distúrbios 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 exemplo, 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 efetuar-los na prática:

Eu tenho muitos filhos pra cuidar... eu digo pra eles não brincar 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 “céu aberto” e na areia suja.

O grau de perigo apontado por elas em caso de vermes é o “ataque de bicha”. Muitas mães relataram casos acontecidos com seus filhos:

Quando deu ataque de bicha, ele ficou todo roxo, com espuma pela boca e as bixas atravessavam pelo nariz (R.S., 37 anos).

Outro perigo apontado é quando os vermes “embolam” devido à “injeção dada pelo médico”:

Não se deve dar injeção quando a criança tá nesse ponto, primeiro tem que dar chá para acalmar e depois sim dar remédios (V.S., 34 anos).

As fases da lua exercem um papel importante, na percepção delas, no desenvolvimento das verminoses: “A lua crescente faz com que a bicha 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 três em três meses eu dou ASCARDYL - um remédio que o farmacêutico me deu pra vermes - mais chá de hortelã (O.C. 42 anos).*

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 e remédios adquiridos de outras consultas médicas ou conselhos de farmacêuticos e vizinhos. Quando a criança fica muito fraca, as mães relatam que procuram o médico do centro de saúde.

Em relação às vacinações, percebe-se que a maioria leva seus filhos ao centro de saúde para vacinar, porém nota-se pouco entendimento de qual vacina é administrada e o que significa para a 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 futuras 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:

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.O. 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 ele devia comer.. 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, existem outras doenças ocorridas em crianças nas quais 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 dois anos:

Há um ano e pouco atrás, ele teve, eu não sabia o que estava acontecendo, ele chorava, mas não era de fome... ele até quase nem queria mamar (no peito), teve diarreia... 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 pra ele, que era pra ele comer e fica forte (C.P., 36 anos).

Para saber se a criança tem “arca-caída” é preciso, segundo as mães, virá-la de bruço 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 levar 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 dormir, 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. Mas também pode acontecer entre adultos, quando uma pessoa deseja o mal para outra; e isso acontece direta ou indiretamente, por exemplo, quando alguém faz algum “trabalho” com algum objeto da pessoa a quem se destina o “mal”.

As doenças, de causas naturais e consideradas simples, geralmente são tratadas em casa. Várias entrevistadas relataram experiências nas quais 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 nove 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, 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 nos depoimentos:

Meu filho tem ínguas e placas brancas na boca e garganta... Mas eu não vou levar no médico, ontem eu dei um antibiótico (Nitromicina) que a vizinha usou e como ela tinha dois frascos, ela me deu um; ele já tá melhorando! (A.S., 45 anos). 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).

E no depoimento de P. F. (49 anos, com diabetes), segundo o qual seu neto, após oito dias de nascimento, adquiriu hepatite, ficou excepcional, não falava e no período de nossa entrevista apresentava quarenta graus 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).

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 “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), zipra (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), diabete (6), problemas na coluna (7), outros(5), - incluindo câncer, epilepsia, AIDS e nove que relataram não ter problemas graves na família.

Entre as causas, um indicador bastante citado 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 à 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 apontou para este fato. Por outro lado, não trabalhar pode significar uma vida ociosa associada a 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 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 esse 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”:

“Há oito 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 zipra 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 exemplo, mau-olhado, encosto e outras doenças que, embora possuam sintomas de origem natural, as causas são sobrenaturais.

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 inter-relacionados 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 falava sobre suas doenças ou de sua família, não comentava 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 o depoimento:

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 (J.B., 49 anos).

No processo de tratamento, várias alternativas entram em cena: desde a utilização de chás caseiros, remédios com prescrições médicas atualizadas ou antigas, conselhos de farmacêuticos, benzedeiros, centro espírita e centro de umbanda. O que observamos 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 zipra, doença que segundo elas o médico desconhece, uma entrevistada relatou que recorreu à benzedeira quando começou a dar “tremura e fastio... Ela benzeu três vezes e curou”. Na mesma sequência, esta entrevistada relatou que usa também uma pomada (Nedmicina com Bacitracina) comprada na farmácia. E quando indagada sobre qual dos dois tipos de tratamento tinha mais efeito sobre a doença, ela não soube responder.

Análise dos dados

Em primeiro 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 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, casos de vermes, diarreia, sarampo, coqueluche, rubéola são esperados; verminose, inclusive, não chega a ser considerado por quatorze mães como uma doença, como exemplifica o depoimento de V.S., 34 anos:

Eu não acho que meu filho é doente só porque tem vermes [...] todas as crianças aqui têm. Eu só acho perigoso quando dá ataque de bichas, aí, sim.

Para adultos, problemas como hipertensão, reumatismo, problemas vaginais e alcoolismo são esperados, o mesmo acontecendo com os casos de diabetes, hipertensão, moléstias na coluna, derrame cerebral (dependendo do tipo de sequelas resultantes) entre os idosos:

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

Em segundo lugar, as representações feitas pelas mães entrevistadas sobre uma pessoa saudável correspondem a diferentes categorias e variam conforme idade e gênero. 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 as categorias predominantes se referem a seriedade da doença, principalmente pelas incapacidades que ela impõe para realizar tarefas cotidianas, especialmente para 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. Aos idosos, retorna-se a importância de categorias físico-comportamentais e psicológicas, medidas pela capacidade destes conseguirem realizar algumas atividades - caminhar, ter disposição e não depender tanto dos parentes, embora a presença de vários tipos de doenças crônicas já seja admitida.

Em terceiro 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 bem-estar, mas 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). Essas necessidades e dificuldades cotidianas expressam-se através das representações da fraqueza, do cansaço, do nervoso

- relacionadas à insuficiência alimentar (quanti e qualitativamente). A doença dos nervos, que foi frequentemente mencionada como típica dos adultos, é um exemplo dessa situação intermediária.

Do nosso ponto de vista, se este estado de carência, como decorrente diretamente das condições e estilos de vida, raramente chega a ser considerado doença é porque há uma certa adaptação biológica e cultural a esta carência, fazendo com que as entrevistadas não tenham uma experiência concreta do que seja realmente saúde. Por outro lado, se aceitarem tais carências como doenças, isso implicaria em assumir uma condição patológica por um período indefinido, cujas possibilidades de cura estariam também indeterminadas.

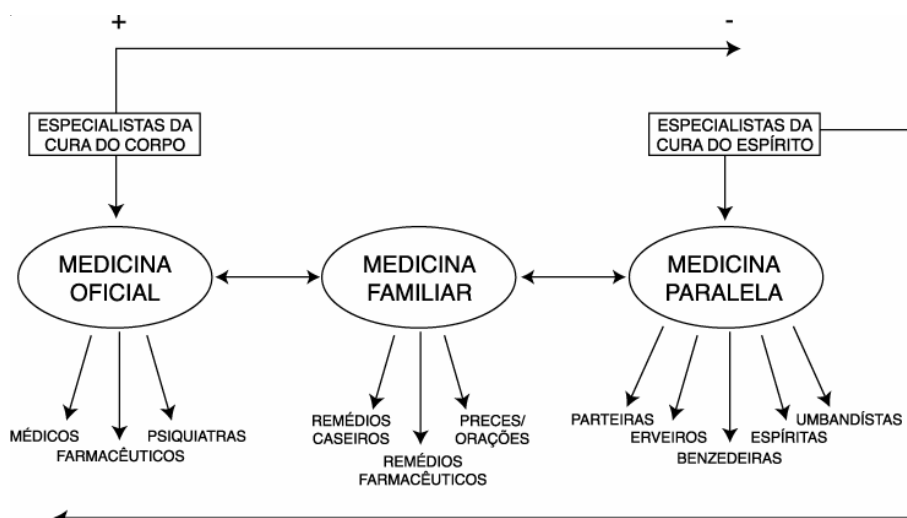
A percepção de saúde-doença para adultos tende a apresentar características semelhantes às aquelas encontradas nas pesquisas de Elsen e Loyola. Segundo estas autoras, a doença é encarada como uma ruptura do estado normal, que é a saúde definida pela disposição para a vida, especialmente para alimentar-se 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 quarto lugar, como já foi observado por Souza (1982), existem diferentes dimensões da doença: o estar doente é uma constatação e convivência com doenças por um período temporário, cujos mecanismos de tratamento percebe-se também temporários; o ser doente é uma 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; o poder ficar doente é a 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 o sentir-se doente é um estado psicológico no qual o indivíduo sente-se interiormente debilitado, embora biologicamente ele esteja sadio, do ponto de vista da medicina oficial e/ou vice-versa. Estas diferentes dimensões da doença produzem também diferentes formas de tratamento das mesmas.

Os conceitos de saúde-doença, os modelos de causas, medidas preventivas, bem como o itinerário terapêutico, variam de indivíduo a indivíduo. Os conhecimentos e as 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.

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

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



Esse modelo, criado por nós, utiliza algumas categorias elaboradas por Loyola (op.cit), porém não na forma dicotômica proposta por esta 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 mental, como é o caso da psiquiatria. Da mesma forma, nas medicinas paralelas, apesar da maioria das doenças por elas tratadas ser de origem espiritual, algumas causas puramente orgânicas, geralmente as consideradas como simples, também são tratadas por elas, como vimos anteriormente. Foi detectado nas entrevistas que em certas especialidades terapêuticas os agentes enfatizam um ou outro processo de cura, num processo gradativo, dependendo do tipo de doença. 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 os argumentos de Illich (1975), 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.

É preciso salientar que as relações entre os três 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 critiquem, sobretudo, a conduta de seus profissionais expressos na relação médico-paciente, e a incapacidade do sistema oficial em curar certas doenças, como por exemplo, aquelas de origem “espiritual”.

Os profissionais, sobretudo os médicos, representantes do 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 sintomático (via amplo consumo de medicamentos) e que anula as capacidades autônomas de indivíduos e grupos em refletirem sobre seu estado de saúde, suas condições e estilos de vida que são os determinantes, na maioria das vezes, das situações de doenças.

Do ponto de vista das medicinas paralelas, estas aceitam e quando necessário encaminham seus pacientes para a medicina oficial. Sugerem, porém, que a capacidade curativa desta medicina é limitada. Os médicos são considerados, de modo geral, como aqueles que tratam os sintomas que aparecem no corpo físico. A capacidade de tratar as causas desses sintomas que vêm do espiritual ou que resultam de um desequilíbrio entre o corpo fluídico e o corpo somático, tendem a estar fora de seu alcance. Os problemas de origem psico-sociais são tratados pelas medicinas paralelas com técnicas e linguagens pelas quais a medicina oficial geralmente tanto desconhece quanto não consegue tratar. São essas condições que levam os pacientes, entre os quais aqueles do universo entrevistado, a recorrer aos especialistas do “mundo espiritual”.

Referências bibliográficas

- ARAÚJO, Alceu. M. (1979). *Medicina rústica*. São Paulo: Editora Nacional.
- ARMELAGOS, et. al. (1978). The Ecological Perspective in Disease. In: LOGAN and HUNT (eds.). *Health and the human condition*. Massachusetts: Duxbury Press.
- BOLTANSKI, Luc. (1984). *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal.
- BUCHILLET, Dominique. et. al. (1991). *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Belém: CEJUD.
- CAMPOS, Marta. S. (1982). *Poder, saúde e gosto*. São Paulo: Cortez.
- COCKERHAM, William. C. (1978). *Medical sociology*. New Jersey: Prentice-Hall.
- ELSEN, Ingrid. (1984). *Concepts of health and illness and related behavior among families living in a Brazilian fishing village*. Tese de doutorado. University of Califórnia, Berkeley.
- FOSTER, George M. and ANDERSON, Barbara. G. (1978). *Medical anthropology*. New York: John Wiley.
- GREENFIELD, S. (1986). “O Espiritismo como um sistema de cura”. In: *Sistemas de cura - as alternativas do povo*. Mestrado em Antropologia, UFPE, Recife.
- GRISOTTI, M. (1992). *Sistemas médicos: oficial, familiar e paralelo: estudo de percepção e comportamento em relação ao processo saúde-doença em comunidades de baixa renda*. Dissertação de Mestrado em Sociologia/UFSC.
- HAAK, Hildbrand M. D. (1989). “Pharmaceuticals in two Brazilian villages; Lay practices and perceptions”. In: *Social science and medicine*.

- ILLICH, I. (1975). A expropriação da saúde. In: ILLICH, I. *Nêmesis da Medicina*. 4ª edição. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- LANGDON, Esther. J. (1986). Saúde indígena: a lógica do processo de tratamento. Trabalho apresentado no simpósio "Saúde e índio", Brasília, DF.
- _____. (1988), "Saúde indígena: a lógica do processo de tratamento". In: *Saúde em debate*. jan., edição especial.
- LAPLANTINE, F. e RABEYRON, P. L. (1989). *Medicinas paralelas*. São Paulo: Brasiliense.
- LAPLANTINE, F. (1991). *Antropologia da doença*. São Paulo: Martins Fontes.
- LEVEFRE, F. (1983). "A função simbólica dos medicamentos". *Revista de saúde pública*, 17: 500-3.
- LOYOLA, Maria A. (1984a). *Médicos e curandeiros: conflito social e saúde*. São Paulo: Difel.
- _____. (1984b). "Medicina popular". In: *Saúde e medicina no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal.
- _____. (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*. Belém: CEJUD.
- MECHANIC, David. (1980). *Medical sociology*. New York: Free Press.
- MONTEIRO, Paula. (1991). A dimensão política umbandista de doença. ANPOCS. (mimeo)
- NEVES, Delma. P. (1984). As "curas milagrosas" e a idealização da ordem social. Niterói, Universidade Federal Fluminense.
- PEDERSEN, D. (1984). "Curandeiros, divindades, santos y doctores. Elementos para el análisis de los sistemas médicos". In: *América indígena*, vol. XLIX, nº 4.
- PRESS, Irwin. (1971). "The urban curandero". In: *American Anthropology*, 73(3): 454-464.
- QUEIROZ, M. S. e CANESQUI, A. M. (1986). "Contribuições da antropologia à medicina: uma revisão de estudos no Brasil". *Revista de Saúde Pública*, 20 (2): 141-151.
- SCOTT, Perry et. al. (Org.). (1986). *Sistemas de cura: as alternativas do povo*. Mestrado em Antropologia. UFPE, Recife.
- SACHS, I. (1981). La Santé. In: *Initiation à l'Écodéveloppement*. Toulouse. Privat.
- SIGAL, Sílvia. (1979). *Elements for a new health strategy in Third World countries*. Paris: CIRED.
- SOUZA, Lúcia de. (1982). "A saúde e a doença no dia-a-dia do povo". *Cadernos do CEAS*, (77): 18-29. jan./fev.
- THÉBAUD, A. e LERT, F. (1987). "Ciências sociais, saúde e industrialização no Brasil". *Ciência e Cultura*, 39(2): 123-137.
- UNESCO (1981). Un enfoque ecológico integral para el estudio de los asentamientos humanos. *Notas técnicas del M.A.B.* 12. UNESCO, Paris, p. 13-107.
- WILSON, R. N. (1970). The community framework. In: *The sociology of health: an introduction*. New York: Random House.

RESUMO

Sistemas médicos: percepção e comportamento em relação ao processo saúde-doença em uma comunidade de Florianópolis (SC)

Este artigo apresenta os resultados de uma pesquisa que objetivou compreender a percepção do processo saúde-doença, as práticas familiares de auto-medicação e suas relações com o sistema público de saúde e os sistemas paralelos de cura em uma comunidade de baixa renda localizada na cidade de Florianópolis (SC). Trinta mulheres foram entrevistadas e sua vida diária observada durante um período de um ano e seis meses. Especialistas das medicinas paralelas e médicos do centro de saúde dessa comunidade também foram entrevistados. A procura pelas medicinas paralelas e as concepções sobre uma pessoa saudável podem ser entendidas através da análise das diferentes percepções sobre o corpo, saúde, doença – os quais variam conforme a idade, gênero, experiência cotidiana, gravidade e frequência – e principalmente conforme a duas outras categorias de doença (se ‘materiais’ ou ‘espirituais’). A relação entre os três sistemas médicos – oficial, familiar e paralelo – não é necessariamente oposta ou competitiva, mas complementar.

Palavras-chave: sistemas médicos; concepções de saúde-doença; causas e medidas preventivas.

ABSTRACT

Medical systems: perception and behaviour in relation to the health-sickness process in a community of Florianópolis (SC)

This article presents the results of a research that sought to comprehend the perception of the health-illness process, the familiar self-medication practices and their relation to the public health care system and the parallel healing systems, in a low income community in Florianópolis (SC). Thirty women were interviewed and their daily life observed, during a period of one year and six months. Specialists in parallel medicine and doctors of the health public center in this community were also interviewed. The search for parallel medicine and the conceptions about a healthful person can be understood through the different perceptions about body, health, illness – which vary according to age, gender, lifestyle, gravity and frequency -, and mainly due to two categories of illness – whether it be a ‘material’ or ‘spiritual’ one. The relationship between the three medical systems – official, familiar and parallel – is not necessarily opposite or competitive, but complementary.

Keywords: medical systems; conceptions of health-illness; causes and preventive measure.

Recebido para apreciação: fevereiro de 2004

Aprovado para publicação: abril de 2004