

PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: PERCEPÇÕES E COMPORTAMENTOS

*Márcia Grisotti**

Resumo: O artigo procura compreender o conceito de saúde-doença (Percepção da População) e os padrões de práticas familiares de auto-medicação e sua relação com o sistema oficial de cura – via Centro de Saúde, e/ou com os sistemas paralelos de cura, numa comunidade urbana de baixa renda em Florianópolis (Itinerário Terapêutico). Apesar do direito à assistência médica, oferecida pelo Estado, um número significativo da população vai encontrar, através de canais heterogêneos e antagonistas de medicina e religião, formas alternativas de tratamento. Partimos da hipótese de que os critérios de eficácia das medicinas paralelas são entendidos não só de ponto de vista técnico e 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 duas outras categorias referentes ao tipo de doença (se “materiais ou espirituais”).

Palavras-chave: percepção e comportamento, processo saúde-doença, sistemas médicos

INTRODUÇÃO

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 conseqüências 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 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

* Professora do Departamento de Ciências Sociais – Universidade Federal de Santa Catarina.

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 complementaridade 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 antagônicos 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 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). 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, 1988, p. 1).

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 têm conhecimentos e comporta-se no interior apenas de seu sistema tradicional; e, em terceiro lugar, as diferenças entre percepção e comportamento os quais 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 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 enquanto conjunto de técnicas de tratamento empregadas pelos especialistas não reconhecidos pela medicina oficial ou como um conjunto de práticas e idéias rudes e imitativas, prove-

nientes 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 atua. (Loyola, 1984a; Queiroz & Canesqui, 1986; Costa, 1980; Neves, 1984)

Embora exista um contingente muito amplo de investigações das 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). E 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-la

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 considerada 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, p. 3) 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 no 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” (op.cit., 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, a 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 praticada 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 benzedadeiras 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 medecinas 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 (op.cit.), a oposição entre as duas ditas medecinas (conforme sugerem Boltansky e Loyola) 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. 8 e 10).

Portanto, para nossas finalidades, a expressão *paralela* faz alusão a uma técnica terapêutica adicional e não substitutiva, que para Buchillet (1991, p. 35), significa um novo instrumento eficaz a aumentar seu próprio arsenal terapêutico ou complementar (Loyola, 1984a, 1984b, 1987, 1991) com ressalvas quanto ao caráter concorrente da medicina oficial atribuído por ela à medicina paralela.

Na percepção dos praticantes da medicina paralela, questiona-se na medicina oficial o potencial para 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 freqüência, 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, freqüentam 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-chaves 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. Para este estudo de caso foram realizadas entrevistas em profundidade com trinta

famílias e feito o acompanhamento de seu cotidiano durante um ano e 6 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 a 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 2ª fase da coleta de dados 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 “alimentação” ocupa o 1º lugar (20), seguidos pela capacidade para realizar atividades físicas, por exemplo, “se brinca” (16), “se é gorda” (8), e em 4º “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 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 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” 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 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.

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 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 – De acordo com o quadro 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 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 12 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 cuidá 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”. A medicina familiar, como já foi caracterizada, compõe-se de remédios caseiros, mas também de remédios prescritos por médicos, utilização de antigas receitas médicas (suas ou de vizinhos/parentes), conselhos de farmacêuticos. ...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 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 ex.:

“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 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 têm 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” dois novos indicadores foram citados: “se caminha” (20) e “se fala bem” (13).

Em relação a categoria “trabalho e atividades físicas”, o indicador “trabalho moderado” (5) 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 à categoria “presença/ausência” de doenças é registrado um novo indicador – problemas da idade (10), os quais são tidos 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 diabetes, 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 aquele que tem “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, 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 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 a 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. 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, aleijados, que em nossa amostragem não foram detectados.

Enquanto que para adultos foram citadas mais doenças crônicas, para crianças, as doenças mais citadas referem-se às que ocorrem com mais frequência e, em geral trata-se de doenças consideradas por elas como “simples” ou “leves”.

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 são realizados 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 efetuarlos na prática:

“Eu tenho muitos filhos pra cuidar... eu digo pra eles não brincá 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 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 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 3 em 3 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 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 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 hereditária:

“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, 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 estava acontecendo, ele chorava, mas não era de fome... ele até quase nem queria mamá (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 prá 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... 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 e consideradas simples, geralmente são tratadas em casa. Várias entrevistadas relataram experiências na 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 tratar, 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 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 relatadas 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), às vezes, designada como “doença 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 (9) que relataram não ter problemas graves na família.

Em relação às causas, torna a aparecer um indicador já citado na descrição de um adulto saudável e que está ligado com as condições e estilos de vida, em especial a capacidade de realizar trabalho. 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 fa-

miliares. 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). Diabetes 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 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 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 ex., mau-olhado, encosto e algumas outras doenças que possuem sintomas de origem natural, porém 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 interrelacionadas 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.:

“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), benzedeadas, centro espírita e centro de umbanda. O que podemos 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 zipra, doença que segundo elas o médico desconhece, uma entrevistada relatou que recorreu à benzedeadora quando começou a dar “tremura e fastio... Ela benzeu 3 vezes e curou”. Na mesma seqüência, esta entrevistada relatou que usa também uma pomada (Nedmicina + 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 freqüência, são esperados e aceitos como parte do *ser saudável* de acordo com o gênero e a idade. Gravidade e freqüência 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 considerada 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 seqüelas 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 à seriedade da doença, principalmente, pelas incapacidades que ela impõe, para realizar tarefas, 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 à 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* 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). 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 atinge grande parte dos adultos, em nossa pesquisa 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 àsquelas 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, freqüência, 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 serem de origem espiritual, algumas causas puramente orgânicas, geralmente as consideradas como simples, também são tratadas por

elas, como vimos neste capítulo. 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 as colocações de ILLICH (op.cit), 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, complementaridades. 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 expressas 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 medi-

cinas 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

- ARAUJO, Alceu M. *Medicina rústica*. São Paulo: Nacional, 1979.
- ARMELAGOS et al. “The Ecological Perspective in Disease”. In: LOGAN; HUNT (orgs). *Health and the human condition*. Mass: Duxbury press, 1978.
- BOLTANSKY, Luc. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- BUCHILLET, Dominique et al. *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Belém: CEJUD, 1991.
- CAMPOS, Marta. S. *Poder, saúde e gosto*. São Paulo: Cortez, 1982.
- COCKERHAM, William. C. *Medical Sociology*. New Jersey: Prentice-hall inc., 1978.
- ELSEN, Ingrid. *Concepts of health and illness and related behavior among families living in a brazilian fishing village*. Berkely: Universidade da Califórnia, 1984. Tese de doutorado.
- FOSTER, George M.; ANDERSON, Barbara G. *Medical Anthropology*. E.U.A.: John Wiley sons, inc., 1978.
- GREENFIELD, S. “O espiritismo como um sistema de cura”. In: — *Sistemas de cura: as alternativas do povo*. Recife: UFPE, 1986. Mestrado em Antropologia.
- GRISOTTI, M. *Sistemas médicos: oficial, familiar e paralelo: estudo de percepção e comportamento em relação ao processo saúde-doença em comunidades de baixa renda*. Santa Catarina: UFSC, 1992. Dissertação de Mestrado em Sociologia.
- HAAK, Hildbrand M. D. “Pharmaceuticals in two brazilian villages: lay practices and perceptions”. *SOCIAL Science and Medicine*. 1989.
- LANGDON, Esther J. “Saúde indígena: a lógica do processo de tratamento”. *SAÚDE em Debate*, ed. especial, jan. 1988.
- LAPLANTINE, F.; RABEYRON, P. L. *Medicinas paralelas*. São Paulo: Brasiliense, 1989.
- LAPLANTINE, F. *Antropologia da doença*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- LEVEFRE, F. A. “Função simbólica dos medicamentos”. *REVISTA de Saúde Pública*, (17):500-3, 1983.
- LOYOLA, Maria A. *Médicos e curandeiros: conflito social e saúde*. São Paulo: Difel, 1984a.
- _____. “Medicina popular”. In: — *Saúde e medicina no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1984b.
- _____. “Medicina popular: rezas e curas de corpo e alma”. *REVISTA Ciência Hoje*, 1987.
- _____. “Medicina tradicional e medicinas alternativas”. In: BUCHILLET, Dominique et al. *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Belém: CEJUD, 1991.
- MECHANIC, David. *Medical Sociology*. New York: Free Press, 1980.
- MONTEIRO, Paula. *A dimensão política umbandista de doença*. ANPOCS, 1991. mimeo
- NEVES, Delma P. *As “curas milagrosas” e a idealização da ordem social*. Niterói: Universidade Federal Fluminense, 1984.

- PEDERSEN, D. "Curandeiros, divindades, santos y doctores: elementos para el análisis de los sistemas médicos". *AMÉRICA Indígena*, 49(4), 1989.
- PRESS, Irwin. "The urban curandero". *AMERICAN Anthropology*, 73(3):454-464, 1971.
- QUEIROZ, M. S.; CANESQUI, A. M. "Contribuições da antropologia à medicina: uma revisão de estudos no Brasil". *REVISTA de Saúde Pública*, 20(2):141-151, 1986.
- SCOTT, Perry et al (orgs.). *Sistemas de cura: as alternativas do povo*. Recife: UFPE, 1986. Mestrado em Antropologia.
- SACHS, I. "La Santé". In: Bergeret, A. et al (còls.). *Initiation à l'Écodéveloppement*. Toulouse: Privat, 1981.
- SIGAL, Sílvia. *Elements for a new health strategy in Third World Countries*. Paris: CIRED, 1979.
- SOUZA, Lúcia de. "A saúde e a doença no dia-a-dia do povo". *CADERNOS do CEAS*, (77):18-29, jan./fev. 1982.
- THÉBAUD, A.; LERT, F. "Ciências sociais, saúde e industrialização no Brasil". *CIÊNCIA e Cultura*, 39(2):123-137, 1987.
- UNESCO. "Un enfoque ecológico integral para el estudio de los asentamientos humanos". In: — *Notas técnicas del M.A.B. 12*. Paris: UNESCO, 1981. p. 13-107.
- WILSON, R. N. "The Community framework". In: — *The Sociology of Health: An Introduction*. New York: Random house, 1970.

PROCESS HEALTH-SICKNESS: PERCEPTIONS AND BEHAVIOURS

Abstract: The article pretends to understand the health-disease concept (Population's perception) and the patterns of the family self-medication practices and their relation with the official healing system in health centers and with parallel healing systems (therapeutic itinerary). Despite the universal right of medical assistance for every citizen and in any health service offered by the State (through Unique System of Health) a significant number of the population finds, through heterogeneous and even antagonistic medical and religious channels, alternative form of treatment. We start with the hypothesis that the efficacy criteria of alternative medicine is 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 illness, 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.

Keywords: perception and behavior, health and disease process, medical systems