

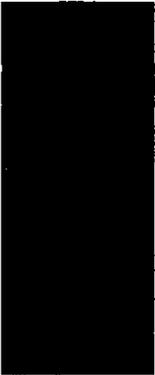
Antropologia e Saúde

Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas



Luiz Fernando Dias Duarte
Ondina Fachel Leal
organizadores





Doença, Sofrimento,
Perturbação: perspectivas
etnográficas

Luiz Fernando Dias Duarte
Ondina Fachel Leal
organizadores



Copyright® 1998 dos autores
Todos os direitos desta edição reservados à
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ / EDITORA

ISBN: 85-85676-46-9

Projeto Gráfico e Editoração Eletrônica:
Angélica Mello

Capa:
Danowski Design

Ilustração da Capa:
A partir de desenho de Hans Arp, 1919.

Copidesque e Revisão:
Marcionílio Cavalcanti de Paiva

Supervisão Editorial:
Walter Duarte

Catálogo-na-fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca Lincoln de Freitas Filho

D812d Duarte, Luiz Fernando Dias (org.)

Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas. / organizado por Luiz Fernando Dias Duarte e Ondina Fachel Leal. – Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.
210p.

1. Antropologia cultural. 2. Processo saúde-doença. 3. Doença-etnologia.

CDD. - 20. ed. - 306

1998
EDITORA FIOCRUZ
Rua Leopoldo Bulhões, 1480, Térreo / Manginhos
21041-210 / Rio de Janeiro / RJ
Tel.: (021) 590-3789 Ramal 2009
Fax.: (021) 280-8194

4

Concepções de Doença: o que os serviços de saúde têm a ver com isto?

Francisco J. Arsego de Oliveira

Falar acerca das variadas definições e percepções das doenças pode parecer, à primeira vista, exercício em torno do óbvio. Apesar disto, parece não estar suficientemente claro – em especial, para os prestadores de serviço médico – o fato de as concepções a respeito de saúde/doença possuírem características próprias, de acordo com o contexto cultural dos diferentes grupos que compõem a sociedade. Há então espaço para este óbvio ser explicitado e provado.

Vários estudos sobre o tema – inclusive em nosso meio – vêm demonstrando como o entendimento do ‘leigo’, no que concerne a sua doença, difere da concepção dos médicos sobre a mesma ‘doença’.¹ Assim, no momento em que muitos setores da Saúde Pública procuram alternativas de prática médica que, de certa forma, consigam aplacar os efeitos do que parece ser mais uma crise no setor, tornando-o mais efetivo, humano e culturalmente apropriado, o estudo das diversas representações quanto à doença é fundamental.

Isto porque o entendimento do que seja doença permeia toda a relação que se estabelece no encontro do indivíduo com os sistemas de saúde, oficiais ou informais. Por conseguinte, a forma pela qual o indivíduo se percebe ‘estando doente’ determinará diretamente de que modo ele relatará a evolução de sua doença para o ‘curador’, como entende que o exame físico deva ser realizado, o estabelecimento do diagnóstico e o tratamento para aquilo que está sentindo. No caso do aparato formal, o médico, por sua vez, a partir dos sinais e sintomas expressos pelo paciente, busca cumprir a sua parte na relação, ou seja, acertar o diagnóstico, curar o paciente através do tratamento correto e fazê-lo retornar ao estado prévio de saúde.

Conforme Knauth (1995), a necessidade do conhecimento das diferenças existentes entre os mais variados segmentos sociais sobre as suas representações a respeito da saúde/doença mostra-se mais evidente no caso da Aids, em que tal entendimento é básico para que sejam traçadas políticas de ação preventiva realmente eficazes. O que se busca demonstrar aqui é que este entendimento é igualmente fundamental para a prática médica cotidiana, em especial quando se trata de sociedade tão heterogênea quanto a brasileira.

O presente trabalho foi realizado a partir dos depoimentos pertencentes ao banco de dados da pesquisa “Corpo, sexualidade e reprodução: um estudo sobre representações sociais”, a respeito de práticas contraceptivas, projeto coordenado pela professora Ondina Fachel Leal, do Núcleo de Antropologia do Corpo e da Saúde (NUPACS) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com o suporte da Organização Mundial da Saúde.

Esta minuciosa investigação desenvolveu-se a partir de 200 entrevistas, divididas igualmente entre homens e mulheres em idade reprodutiva, moradores de quatro vilas de classe popular atendidas por unidades de saúde comunitária, vinculadas a um complexo hospitalar de caráter público de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Estas unidades – Vilas Floresta, Valão, SESC e Dique – prestam atendimento, em nível de tratamento, promoção e prevenção à saúde, a áreas geograficamente delimitadas e população adscrita. Também foram incluídos dados de minha experiência pessoal em campo, como entrevistador, nesta mesma pesquisa.

O objetivo deste estudo é analisar as diversas definições de doença em classes populares, partindo do pressuposto que a doença constitui fenômeno social por excelência, que supera em muito os limites biológicos do corpo. Procura-se também, a partir dos depoimentos, reconhecer como se estabelece a influência dos serviços de saúde nessas definições sobre doença. É evidente que há certas limitações nesta abordagem, uma vez que o roteiro de entrevista original é extenso, abrangendo pontos não exclusivamente relacionados com saúde ou doença. Entretanto, como houve preocupação com a fundamentação, enquanto pesquisa de caráter essencialmente etnográfico, os dados colhidos são extremamente úteis para o meu propósito aqui.

Deve ser salientado que, apesar de alguns informantes terem sido indicados pelos postos de saúde, as entrevistas foram realizadas na casa dos moradores, portanto fora do contexto diretamente relacionado à doença ou aos serviços de saúde naquele momento. Da mesma maneira, o recorte utilizado centrou-se na ‘doença’ e não na concepção de ‘saúde’, o que, compreensivelmente, pode envolver perspectivas distintas.

Um dos aspectos que chamam a atenção logo no início deste trabalho é o modo diferenciado dos informantes referirem-se à doença em relação aos adultos e às crianças. Há grande preocupação com a saúde do segmento infantil, expressa através do número de consultas, da procura de atendimento médico logo no início dos sintomas, da preocupação em manter as vacinas em dia, enfim, da procura de auxílio imediato e também preventivo para problemas de saúde dos filhos.

As crianças são vistas como seres frágeis, de cuja saúde as mães não podem descuidar-se. São levadas ao médico aos mínimos sinais de anormalidade, mesmo que isto represente procura desgastante por serviços de emergência, geograficamente distantes e com filas. Apesar de as entrevistas serem dirigidas aos informantes adultos, são comuns os relatos de doenças envolvendo os filhos, seus infortúnios ou proezas relacionadas à saúde, como ‘aquele tem dor de ouvido seguida’ ou ‘este tem organismo forte porque mamou (no peito) até os seis anos’. Alguns depoimentos são claros a este respeito:

O meu maior cuidado é com as crianças. (T., 24 anos, feminino, Vila Floresta)²

Mesmo com todas as voltas que eu dei na minha vida, nunca deixei de cuidar das crianças. Elas sempre tiveram de tudo para não passar necessidade. (V., 28 anos, feminino, Vila Floresta)

Com a nenê, qualquer coisinha a gente já corre para o posto. (D., 19 anos, masculino, Vila Dique)

A preocupação com a saúde das crianças parece denotar bem mais do que a simples busca de seu bem-estar. Na verdade, é resposta ante a exigência da comunidade e também do posto de saúde. Postergar a ida ao médico pode significar agravamento da doença, sendo isto de certa forma cobrado das mães, com expressões do tipo 'mãe relaxada', 'como deixou chegar neste ponto!'. Por um lado, sem dúvida, a mãe tem importante papel no caso de doenças, como veremos mais adiante. Por outro, não é incomum, quando as mães trabalham fora, que essa responsabilidade no cuidado com as crianças pequenas seja transferida para os filhos mais velhos, o que pressupõe, inclusive, levá-las ao médico em caso de doença.

Contrapondo-se a isto, a expressão 'nunca ficar doente' aparece com frequência nos depoimentos em relação aos adultos. Neste contexto, estar saudável é atributo de força, muitas vezes enunciado logo no início das conversas, como que marcando posição definida perante o interlocutor. Vários outros autores desenvolveram a fundo esta noção de força/fraqueza como fundante da oposição saúde/doença em relação ao corpo (ver os estudos de Boltanski, 1984; Loyola, 1984; Duarte, 1986; Ferreira, 1994).

À medida que os encontros avançavam, contudo, as questões sobre doenças na família puderam ser expostas com mais detalhes. O grande número de procedimentos médicos em relação ao número de habitantes abrangido pelas unidades de saúde estudadas também desmente isso.³ Não há como negar que a população em questão tem contato muito próximo com determinado tipo de serviço de saúde (as unidades de saúde comunitária), o que vai acabar sendo importante também quanto as suas concepções sobre o adoecer.

A leitura dos depoimentos permite a divisão do entendimento sobre a doença em dois níveis principais de análise. O primeiro, refere-se à sintomatologia associada à doença: dor/febre, fraqueza, falta de apetite. O segundo, diz respeito a suas consequências, ou seja, 'não poder trabalhar' e 'ficar de cama'. São concepções não excludentes, mantendo, isto sim, relação de complementaridade entre elas.

Essas representações acerca da doença estão visceralmente ligadas aos usos e às representações sociais que as pessoas fazem de seu corpo. Knauth (1992b) já tinha evidenciado, em trabalho relativo a uma das vilas ora estudadas, que o corpo torna-se um 'problema', ou seja, 'doente', quando passa a não funcionar normalmente. A doença, portanto, tem 'concretude', e nisto difere da definição – quase metafísica – da Organização Mundial da Saúde (OMS), de 'completo bem-estar físico, mental e social', ainda hoje muito utilizada quando se quer mostrar 'avanços' em relação à definição tradicional de saúde como a simples 'ausência de doença'.

Além disso, há as 'doenças simples' e as 'doenças sérias', ou seja, estas percebidas como mais graves e necessariamente forçando as pessoas a procurar serviços

médicos. Cada qual receberá atenção correspondente. Algumas são 'tão sérias' que requerem atendimento direto no hospital, pois ultrapassam a capacidade resolutive do ambiente familiar e dos 'postinhos'.

A doença simples, cura-se em casa. (A., 30 anos, feminino, Vila SESC)

A gente que tem bastante filho, já sabe quando é sério. Levar no médico, dão um Melhoral e deu. Isso eu sei fazer! (C., 31 anos, feminino, Vila SESC)

Há também percepção de doença enquanto fenômeno cumulativo, quando elementos prejudiciais podem agregar-se progressivamente, piorando a saúde do indivíduo com o passar do tempo. Assim, é possível ficar doente com um resfriado, evoluindo para uma 'dor de ouvido' ou 'pneumonia'.

A partir dos relatos, as definições sobre doença foram agrupadas em categorias abrangentes, que podem ser sistematizadas da seguinte maneira:

categoria	n = 196 frequência (%)
dor/febre	35
ir para a cama	19
não poder trabalhar	9
falta de apetite	1
dois ou mais elementos	17
outros	19

Como se pode ver, a questão da dor é a mais marcante e, de longe, a mais freqüente. Neste sentido, estar doente pode representar um estado doloroso qualquer: dor em todo o corpo, em alguma parte específica e, sobretudo, 'dor de cabeça'. Este dado confirma a observação de Helman (1994) de que a dor é o sintoma mais freqüente na prática médica. Não se deve esquecer, aqui, que o trabalho é realizado com um grupo que desfruta de grande proximidade com serviços de saúde, sendo provável que estes acabem por moldar as próprias definições de doença da população que atende.

Esta dor surge então como elemento desestabilizador de estado de equilíbrio no indivíduo. A dor na cabeça é, por sua vez, uma das mais ameaçadoras à saúde, pois atinge o ponto do corpo justamente encarregado de manter o controle sobre as funções da pessoa. É evidente que a dor, como manifestação de doença, não pode ser analisada fora de seu contexto. Ela é, ainda segundo Helman, condicionada socialmente, ou seja, é fruto de relações sociais. Em uma palavra, a dor constitui aprendizado. E este se concretiza das mais variadas formas, sendo expressão essencialmente cultural, em que até mesmo os serviços médicos oficiais exercem importante influência.

Ferreira (1994) procura demonstrar como a interpretação da doença é processo no qual o indivíduo se guia por categorias cognitivas socialmente construídas. Ao analisar a semiologia do corpo, a autora faz observações acerca dos vários tipos de dor, cada uma com a sua especificidade. Tais observações foram também recorrentes

no presente estudo. A dor pode, portanto, possuir características próprias e variar conforme a localização e duração. A 'dor no peito', por exemplo, é considerada de tipo grave, pois pode envolver o coração; a 'dor na barriga' tem a possibilidade de representar apendicite etc. Há também a 'dor normal', como a que ocorre durante a menstruação. A dor 'anormal' é geralmente percebida como fenômeno violento: uma dor de tipo 'pontada', 'facada', 'agulhada', 'ferroada', 'choque', 'dor rasgada', e com poderes que a fazem superior às defesas do organismo encarregadas, como vimos, de manter o equilíbrio de forças. Assim, a sensação dolorosa ganha vida própria, podendo 'caminhar', 'se espalhar', 'vir de repente', 'atacar'. Vista deste modo, a doença é algo que se manifesta repentina e traiçoeiramente, não sendo possível, portanto, ser prevista quer pelo paciente quer pelo médico. Em Medicina, inclusive, fala-se de 'pródromos', ou seja, o período de tempo variável, mas imediatamente anterior à manifestação explícita da doença, composto por queixas gerais e inespecíficas que impossibilitam a definição de diagnóstico preciso. Isto chega até mesmo à situação paradoxal de, em algumas ocasiões, o médico orientar o paciente a retornar para revisão em um ou dois dias, quando a doença poderá então apresentar-se mais claramente.

É por esta característica de 'poder' atribuída à dor que, muitas vezes, exige-se medida igualmente violenta para contrapor-se a ela e restituir o equilíbrio abalado, através de injeção ou remédio considerado igualmente 'bem forte'.

Foi possível observar que não é comum, porém, a dor manifestar-se isoladamente. O mais freqüente é a dor estar associada a outros elementos, em particular à febre. Apesar de a dor possuir substrato fisiopatológico bem definido, é expressão fundamentalmente subjetiva, que desafia a sua quantificação, não havendo escalas aceitas universalmente. Em que momento uma dor passa a ser 'doença'? A febre, ao contrário, pode ser medida, quantificada e até mesmo pode fornecer indicativo da gravidade, segundo a idéia de quanto mais alta a temperatura corporal, mais grave a doença. Expressões do tipo 'febrão', 'febre de mais de 40 (graus)!', 'queimando em febre' dão idéia de doença grave, como relata uma informante sobre episódio de febre na sua filha pequena:

Tem doença que eu já sei, daí eu mesma cuido. Quando ela está doente, eu dou compressa, chá, Tylenol. Teve uma vez que ela teve um febrão, de noite, que se eu não tivesse cuidado, ela teria uma convulsão! (C., 23 anos, feminino, Vila Dique)

Mesmo quando a febre não é registrada no termômetro, isto não significa a sua inexistência, pois há a 'febre por dentro', que pode ser tão grave quanto às verificadas com instrumento medidor de temperatura. Ter muita sede, calafrios, suores ou, simplesmente, o aparecimento de feridas na boca são indicativos dessa 'febre interna', cuja presença não há como medir objetivamente. Também é característico o fato de nem todas as famílias possuírem termômetro, artigo considerado quase de luxo. A febre é percebida através da mão da mãe sobre a testa da pessoa, ou, com menos freqüência, medida com o termômetro – em geral pedindo emprestado a uma vizinha que o tenha – por recomendação médica, para, como vimos, dar suporte à idéia de gravidade da doença.

Pelo lado dos serviços de saúde, a presença de febre também mobiliza certos esforços. Nos postos de saúde, por exemplo, se uma pessoa chega 'doente' e referindo febre – especialmente as crianças – é em geral atendida com prioridade, sendo a medição da temperatura com o termômetro uma das primeiras ações a serem realizadas.

Na [posto de saúde da Vila] Nazaré, eles tratam a gente bem... Cheguei com a criança com febre e fui a primeira a ser atendida. Eu prefiro caminhar mais do que ir nesta porcaria deste postinho. (M., 19 anos, feminino, Vila Dique)

Outros sintomas também estão associados à dor e à febre, conforme dizem os informantes: 'calafrios', 'mal-estar', 'infecção', 'inflamação', 'falta de ar', 'tosse', 'dor de dente'. Associada às outras categorias, a falta de apetite é recorrente em significativo número de relatos, apesar de surgir isoladamente em apenas uma oportunidade.

Já entrando no campo das conseqüências da doença, uma categoria bem presente é o estabelecimento de ligação entre doença e 'ir para a cama'. Sob esta classificação está agrupada uma extensa lista de expressões como 'desânimo', 'moleza', 'bobeira', 'indisposição', 'ficar só deitado', 'se entregar', 'cansaço no corpo' etc. É quando a fraqueza prepondera sobre a força, situação também comentada por Duarte (1986). A fraqueza toma conta de todo o corpo, alterando por completo as atividades normais do indivíduo. Neste caso, repouso e alimentação adequada surgem como partes importantes no processo de recuperação do doente na sua volta ao estado de plena saúde. É interessante perceber que há 'equivalente infantil' deste estado de prostração: a criança – que se expressa de maneira diversa do adulto – é vista pela mãe como estando 'enjoadinha' ou 'caidinha', estado que reúne todos estes sintomas pouco específicos do 'estar doente'.

Certamente associada a esta última categoria está uma outra: a de 'não poder trabalhar'. Esta relação fica bem evidente como definição do gênero masculino adulto, ou seja, aqueles com responsabilidade do sustento da família.⁴ Seguindo-se este raciocínio, suporta-se tudo – inclusive a dor – até que não seja mais possível trabalhar. Em geral, a falta ao trabalho acarreta uma série de problemas financeiros imediatos, como o desconto de dias parados ou a dificuldade de conseguir dinheiro – para aqueles com atividade autônoma. Sobretudo, o 'não trabalhar' fere justamente a posição de provedor da casa. Assim, mais uma vez, vemos a definição de doença entrecortada por uma concepção físico/moral, com o 'não trabalhar' associado a 'fraco'.

Febrinha, dorzinha, isso aí não é doença. (L., 21 anos, masculino, Vila Valão)

Pobre não tem tempo para ficar doente. (C., 32 anos, masculino, Vila Valão)

Doença mesmo é quando não dá para trabalhar. (G., 38 anos, masculino, Vila Dique)

A expressão 'mesmo', utilizada neste último depoimento, pressupõe, desta maneira, situações menos importantes, suportáveis, desde que não interfiram na atividade produtiva. Nem tudo é doença, ou melhor, a doença inicia a partir de clara linha demarcadora, neste caso a impossibilidade para o trabalho.

A doença que leva o indivíduo 'para a cama' também impede o trabalho doméstico feito pelas mulheres. Aqui também se estabelece como categoria condicional, ou seja, há ocasiões permitidas para ficar doente. Os seguintes depoimentos sustentam este argumento:

Hoje em dia não dá para ficar doente mais. (A., 23 anos, feminino, Vila Valão)

A gente que trabalha nunca pode se considerar doente. (I., 32 anos, feminino, Vila SESC)

A doença como que compele o indivíduo à imobilidade. Mesmo não sendo algo grave, 'ficar na cama' é a única alternativa possível para o não-cumprimento das funções social e moralmente esperadas, como o trabalho. Neste sentido, os dias em que a pessoa fica de cama podem indicar a severidade da doença, funcionando como alibi para a situação:

Quando ataca a garganta, eu fico até um mês de cama. (M., 19 anos, feminino, Vila Dique)

A cama do doente, por excelência, é a do hospital, local onde, no imaginário das pessoas, se fica 'preso a uma cama', passivo, em tratamento, até que a doença seja vencida. Muitos informantes relatam, inclusive, que só se sentiam doentes quando estavam hospitalizados. A mesma linha de pensamento é seguida quando a mulher fica internada para o parto, não conseguindo afastar, mesmo tratando-se de fenômeno natural, a idéia de doença, pois apesar de a maternidade ser apenas um dos muitos setores do hospital, é parte integrante do mesmo. O 'repouso', que consta comumente na própria recomendação médica para muitas enfermidades, é então culturalmente aceito e incorporado como etapa recomendável à recuperação do 'doente'.

Eu nunca vou para a cama... nunca fui para a cama, graças a Deus. Só quando fiz cesariana dos filhos no hospital. Só fico na cama quando vou dormir. (R., 39 anos, feminino, Vila SESC)

A gente não pode ficar doente, só quando ganha filho e fica um dia no hospital. (C., 31 anos, feminino, Vila SESC)

Outro elemento que merece consideração, nessas circunstâncias, é o atestado médico. Este documento dispensa legalmente o indivíduo de comparecer ao emprego por motivo de doença. O profissional médico possui o poder de concedê-lo ou não, segundo critérios 'médicos' nem sempre claros e uniformes para as pessoas que o necessitam. Assim, mesmo tendo que 'ficar de cama', a pessoa deve se consultar para ter assegurada que a sua falta ao trabalho, com 'atestado', não acarrete desconto dos dias parados. O atestado é a prova definitiva que ele (ou ela) não é 'vagabundo', e que faltou ao trabalho porque realmente estava 'sem condições' para o desempenho das suas tarefas.

Quando ficar doente, vou ao médico da firma e ele é que vai dizer se eu tenho condições de trabalhar ou não. Se não tiver, ele vai me dar um atestado. (Q., 32 anos, masculino, Vila Valão)

Uma quinta categorização foi necessária para agrupar todos os relatos em que a definição de doença representava um conjunto de fatores, não sendo possível isolar um dos elementos citados anteriormente como único. Nestes casos, apareciam dois ou mais elementos associados, todos igualmente identificados pelos informantes como definidores de doença. Com isto, fica também evidente a correlação entre todos os elementos. O raciocínio seria, então, mais ou menos o seguinte: se uma pessoa tem dor, não come. Se não come, fica fraca e, assim, não pode trabalhar, devendo, portanto, ficar de cama para recuperar-se.

[Doença é]... *quando me sinto fraco, com dor muito forte, cansado... quando estou com olheiras muito grandes.* (V., 19 anos, masculino, Vila Valão)

Uma 'boa alimentação', nessas situações, assume papel preponderante como forma de manter a saúde: por um lado, contribui para não deixar o corpo suscetível às doenças e, por outro, auxilia na recuperação do corpo doente. Aqui também a alimentação pode ser entendida como causa ou conseqüência da doença, ou seja, pode-se ficar doente por não se alimentar corretamente e, na vigência da doença, perde-se o apetite. Vários informantes relacionaram melhor saúde das pessoas ao fato de terem vivido na zona rural, dispondo, entre outros fatores, de alimentação mais adequada. Os seguintes trechos de entrevistas são esclarecedores sobre o que se está querendo dizer:

[Na zona rural] *Tem mais comida... a começar pelo leite, que aqui é uma água. Na salada, aqui tudo é à base de veneno... e a água! Até hoje sinto falta da água lá de fora. Acho que levei uns cinco anos para tomar essa água daqui. Antes, só tomava refrigerante.* (V., 39 anos, masculino, Vila Valão)

Lá fora [no Interior] é diferente. A gente vai aos 70, 80 anos... lá fora é ar puro, silêncio. Meu avô morreu com 90 anos, minha avó, com cento e poucos. Aqui na cidade é só barulho, carros... estraga muito o corpo. (Q., 32 anos, masculino, Vila Valão)

A gente que veio lá de fora tem mais saúde que os magrelas daqui. (I., 32 anos, masculino, Vila Valão)

Como podemos inferir através destes depoimentos, a vida no campo é idealizada, pois lá haveria abundância de alimentos sadios, sem venenos ou outros elementos incluídos na comida, os quais poderiam assim enfraquecer o organismo, tornando-o frágil e sem resistências para enfrentar as doenças. De maneira similar, o próprio emagrecimento pode ser sinal identificador de doença, como acontece mais explicitamente hoje em dia em relação à Aids.⁵

[Sinto que estou doente]... *quando eu vou para a balança e vejo que o peso está baixo.* (P., 35 anos, masculino, Vila Valão)

Apesar de não ter havido preocupação em explorar diretamente as causas das doenças, alguns depoimentos sugerem que a menstruação é vista como período particularmente suscetível às doenças, principalmente para as mulheres mais jovens, que

apresentam dores pelo corpo e na cabeça. À medida que a idade avança, a mulher parece dominar melhor as 'fraquezas' do período menstrual, evitando as enfermidades ou, como se ouve dizer, 'o sangue se acalma na menopausa':⁶

Marquei uma consulta com o clínico geral para ele me encaminhar para o cardiologista porque estou com um problema de coração. Eu sinto dor no peito... quando me dá, eu tenho que me segurar, não posso respirar e, quando mais no final do mês, quando [está] para vir a menstruação, eu me sinto atacada. (C., 31 anos, feminino, Vila Dique)

Por fim, uma última categoria de nosso quadro inicial reúne todas as demais respostas. Situa as doenças dentro de amplo espectro de definições, abrangendo considerável lista de queixas clínicas e sintomas amplos, desde 'uma gripe forte' até 'alcolismo'. Neste ponto, ficou claro também a influência da Medicina oficial, uma vez que frequentemente as pessoas informaram que estar doente significa ir 'ao médico', ao 'hospital', 'fazer exames' etc. Quando isto acontecia, a definição de doença era majoritariamente remetida a problema de saúde objetivo da pessoa, em geral doença que exige acompanhamento médico mais estrito, como 'asma', 'gastrite', 'pressão alta', 'quando os exames médicos estão alterados' (como no diabetes) etc.

A apropriação de termos médicos pelos informantes também chama a atenção. É uma extensa relação de diagnósticos, procedimentos e exames complementares, com os quais os pacientes, pelo contato contínuo, aprendem a manipular. O uso do linguajar médico parece ser utilizado como forma de diminuir a distância entre o paciente e o médico, em uma tentativa de fazer desaparecer a figura do 'leigo': pela linguagem, são todos profissionais da saúde, ou quase isso. O contato entre 'iguais' subentende maior cuidado, cortesia na relação, enfim, maior dedicação.

Estou fazendo composição da arcada dentária. (A., 39 anos, masculino, Vila Valão)

Eu sou uma mãe muito exigente... quando meus filhos adoecem, coitados dos meus colegas [médicos]! Tudo eu quero saber. (M., 27 anos, feminino, Vila Dique)

Algumas outras expressões eram também utilizadas nos depoimentos: 'esclerose congênita', 'cauterização', 'cirurgia do períneo posterior', 'taquicardia', 'sinovite', 'ácido úrico', 'estrabismo'.

Este tipo de paciente, por sua vez, causa desconforto ao médico e a toda a equipe de saúde, pois a onipotência do profissional da saúde é de certa forma questionada. O paciente, nestas circunstâncias, passa a ser chamado de 'poliqueixoso', 'hipocondríaco', 'aquele que está sempre consultando'. Assim, a estratégia de aproximação empregada pelo paciente acaba efetivamente afastando-o ainda mais dos serviços de saúde.

Vale lembrar que os informantes da pesquisa são de faixa etária mais jovem, pois concentramos a nossa atenção nas pessoas em idade reprodutiva. É possível que, à medida que as pessoas fiquem mais velhas e o contato com os postos de saúde se torne presumivelmente mais constante, esta apropriação seja ainda mais intensa.

Também característica foi a apropriação de recomendações médicas nos termos dos grandes paradigmas da Saúde Pública. Assim, quando falam de doenças, as mães quase sempre citam a importância do acompanhamento médico no posto de saúde. Isto é especialmente chamativo no que se refere à saúde materno-infantil e não parece ser por mera coincidência. As unidades de saúde comunitária em questão organizam boa parte de seu atendimento em 'programas de saúde'. Esses programas buscam sistematizar a prestação de serviços de saúde em áreas específicas, por toda a equipe multiprofissional. Em geral, há uma rotina de atendimento que compreende desde o registro de cada paciente em arquivos – o que permite o seu acompanhamento ao longo do tempo – até ações concretas e situações que requeiram encaminhamentos para especialistas. Cada unidade adapta esses programas à realidade de sua comunidade. Atualmente, os programas privilegiam justamente a área da saúde materno-infantil, sendo prioritários os programas de gestantes, crianças, mulheres e vacinação. São organizados a partir de dados demográficos e epidemiológicos, com metas de cobertura a serem atingidas. Com relação a isto, o Quadro a seguir nos mostra os dados sobre os programas de saúde, referentes às porcentagens de cobertura em relação às metas estabelecidas para o ano de 1994, nas unidades de saúde estudadas.

	Vila Floresta	Valão	SESC	Dique
Programa da Mulher	83	78	50	24
Programa de Gestantes	**	63	91	40
Vacinação*	47	90	**	80
Programa da Criança	39	113	87	123

* vacina Tríplice e Sabin (esquema básico). ** dados não disponíveis.

Fonte: Serviço de Saúde Comunitária / Grupo Hospitalar Conceição – Núcleo de Epidemiologia.

As gestantes, por exemplo, possuem uma série de facilidades no seu contato com os postos, sendo registradas e acompanhadas atentamente. Se faltam a consultas programadas, são visitadas nas suas casas por profissional vinculado ao posto de saúde. Com este acompanhamento, sugere-se adesão quase que compulsória do paciente aos serviços de saúde. Esta ligação segue-se no acompanhamento dos bebês, desde o nascimento até completar o primeiro ano de vida. Neste período, programam-se consultas periódicas, estimula-se fortemente o aleitamento materno, faz-se o controle do crescimento e do esquema de vacinação. Se há fatores de risco – como desnutrição –, esta criança permanece sob vigilância até os três anos. Foi possível perceber que todos esses esforços estão, em certo grau, sendo plenamente incorporados pela comunidade.

Da mesma maneira, a saúde feminina também merece destaque da parte dos postos, consistindo em um dos programas mais antigos em funcionamento. Nele devem ser incluídas todas as mulheres, do início de sua atividade sexual até os 65 anos, para as quais é feita orientação de sexualidade, anticoncepção e prevenção do câncer ginecológico (mamas e colo de útero). Boa parte dos depoimentos reforçam as recomendações dos exames, em especial o 'preventivo'. Prova disto é que, das 94 entrevistas

tas a mulheres utilizadas neste estudo, pelo menos 14 citaram espontaneamente a importância da realização do exame de prevenção do câncer de colo de útero, mesmo que seja percebido pelas informantes como incômodo.

É estranho o fato de este exame ser tão difundido, pois, além de envolver a vergonha de expor os genitais para o profissional da saúde – muitas vezes, profissional do sexo masculino –, pressupõe prevenção, ou seja, a pessoa realizar o exame quando nenhuma manifestação de doença sequer se fez presente. Tal fato parece ser contraditório com as próprias definições de doença vistas aqui anteriormente. Sem dúvida, o posto de saúde desempenha papel crucial na difusão desse tipo de idéia, assinalando atrasos nos prontuários médicos, buscando ‘faltosas’ – mulheres com o exame em atraso – em casa, vinculando a orientação e distribuição de anticoncepcionais ao fato de a mulher estar com o exame ‘em dia’, e outras ações semelhantes. Há, portanto, duas lógicas simultaneamente presentes que explicam esta contradição: por um lado, ‘saúde é prevenção’, difundida pelo posto e, aos poucos, apropriada pela população; por outro, o ‘poder sentir-se doente’ das camadas populares.

Também a manipulação de medicamentos é algo corriqueiro. O que já foi prescrito uma vez pode servir novamente, em outras oportunidades. Antitérmicos, antibióticos, ‘remédios para os vermes’... Algumas vezes há também junção de medicamentos da Medicina oficial com os da Medicina popular, como, por exemplo, ‘tomar chá com AAS’, tomar remédios após benzeduras etc. Os médicos que atendem nos postos possuem formação em Medicina Geral Comunitária, especialidade médica obtida através de um programa de residência com mínimo de dois anos de duração e com grande carga horária de ‘trabalhos comunitários’. Isto os diferencia sobremaneira das outras especialidades médicas de caráter mais hospitalar. Assim, toleram o uso de chá e benzeduras pelos pacientes, chegando, em algumas situações, a recomendá-los.

Os postos de saúde, pela sua facilidade de acesso e boa penetração entre a população, muitas vezes assumem também o papel de aliados diante de um sistema de saúde maior e mais impessoal. Não é raro os pacientes pedirem que os exames ou receitas médicas de outros serviços lhes sejam ‘traduzidas’. As pessoas se valem do posto justamente para amenizar a sua ligação com o hospital, quando esta se torna inevitável, como, por exemplo, para internação, cirurgia, parto ou exames médicos. Sob esta lógica, é sempre preferível navegar por ‘águas familiares’ que ofereçam sentimento de segurança e acolhida.

Pelos depoimentos, é fácil perceber como a mulher é entendida como recurso de cura importante. Como mãe ou esposa, é ela quem, em geral, manipula medicamentos, estabelece contato com o posto de saúde, prepara e administra os chás, enfim, é a primeira pessoa a ser procurada em caso de doença. A partir de então, decide em primeiro lugar se realmente há ‘doença’. Em caso afirmativo, resolve como proceder ao tratamento e se deve ou não procurar ajuda. Se decide buscá-la, deverá avaliar a gravidade do caso e escolher o caminho mais apropriado para cada situação. Essa mesma trajetória também é descrita por Kleinman (1980), mostrando como são utilizadas crenças e valores sobre as doenças nesse percurso.

A primeira pessoa que procuro [quando fico doente] é a minha mãe. Ela me dá chás, conselhos e o que precisar... É o melhor médico que existe! (P., 35 anos, masculino, Vila Valão)

Leal (1992), em seu estudo na região da divisa entre o Brasil e o Uruguai, já tinha evidenciado que os rituais de cura, por mais simples que sejam, são sempre prerrogativas femininas. Assim, parece claro que a busca de recursos de cura é feita de maneira escalonada, do núcleo familiar aos serviços de saúde oficiais. Neste último, também há hierarquização do que pode ser tratado no 'postinho' e do que exige atendimento no hospital, como vimos anteriormente.

É óbvio que esta aceitação do posto de saúde não é absoluta. Alguns depoimentos são explícitos ao afirmar que 'quanto mais se vai ao médico, mais se fica doente', ou que 'se começa' a ficar doente exatamente quando se vai ao médico. A relação com 'os postinhos', assim, não é livre de conflitos. Ao falar de suas doenças, alguns informantes disseram que 'não gostam de médicos', em especial por diagnósticos incorretos ou outras experiências desagradáveis, o que é exemplificado pelo relato de uma senhora acerca de consulta que realizou quando ainda não tinha certeza de sua gravidez:

A doutora do postinho disse que era um febrão. Eu fiquei furiosa! Depois eu fui lá mostrar o febrão para ela.(...) Tem mulheres da Vila que vivem dentro do postinho... parece galinha no poleiro. (C., 31 anos, feminino, Vila Valão)

Alguns chegam a considerar a própria proximidade com os serviços de saúde como fonte de doenças ou vêem os postos de saúde como inócuos ou até com desconfiança:

Toda a vez que fui ao médico, ele achou um monte de coisas... doenças desnecessárias. (V., 44 anos, feminino, Vila Valão)

Para que fazer [exames] se eu estou bem? Minha irmã, que ia no médico de seis em seis meses, está com tumor no seio. (C., 31 anos, feminino, Vila SESC)

Qualquer coisinha vai no médico e aí dão comprimidos. Esses comprimidos prejudicam muito a pessoa. Lá fora [no Interior] a gente usa muitas ervas. (J., 39 anos, masculino, Vila Valão)

Relacionando com as definições de doença apresentadas, estes relatos não surpreendem. Como entender que estamos doentes se não sentimos dor, não temos febre e continuamos a trabalhar normalmente? Doenças como hipertensão arterial, colesterol elevado e muitas outras – talvez essas que a informante diz serem 'desnecessárias' – são virtualmente sem sintomas nas fases iniciais, justamente quando uma intervenção médica pode, em alguns casos, reverter ou limitar a extensão dos problemas. Nesse estado, percebido como 'não-doença', torna-se difícil motivar o paciente a interessar-se por aspectos preventivos, uma vez que ele não sente 'necessidade' para tanto, pois os sintomas (ou a ausência deles) não estão relacionados com nenhum fenômeno entendido como 'doença'. São mundos diferentes, com linguagem, lógicas e ações próprias. Casos como os descritos acima são exemplos de uma comunicação que não conseguiu ser estabelecida adequadamente.

Segundo Kleinman (1980), a Medicina também pode ser vista como 'sistema cultural'. Em cada cultura, a doença, a reação a ela, os indivíduos que a sofrem e os que a tratam, e as instituições sociais envolvidas estão, todos, interconectados sistematicamente, o que acaba formando o 'sistema de atenção à saúde', que é o modelo conceitual utilizado pelo autor para apreensão desta totalidade de inter-relação, e que deve ser estudada em seu contexto global, sem etnocentrismo ou 'hospitalocentrismo', como tendem a ser as análises sob a perspectiva da Medicina oficial moderna.

Assim, as definições concernentes à saúde e à doença podem assumir diferenças marcantes entre os diversos grupos humanos, uma vez que constituem representações cultural e socialmente edificadas. Portanto, a apreensão de suas variadas formas é passo fundamental para, por um lado, aprofundarmos o debate sobre o modelo assistencial em saúde e, por outro, analisarmos como se estabelece a interação desse sistema com os indivíduos que o utilizam. A comunicação entre as Ciências Sociais e a Saúde, nesse campo de investigação, tem papel importante para permitir avanços relativos à questão.

Este trabalho procurou aprofundar a análise de como são pensadas as concepções de doença em classes populares. Este exercício de interpretação mostrou-se extremamente revelador da riqueza de elementos constitutivos da realidade social envolvida na forma de acesso desses grupos à saúde, em que as representações sobre saúde/doença moldam de maneira marcante os dois extremos desta relação: usuários e prestadores de serviços de saúde. Assim, ao explorar a interface entre este serviço de saúde – visto aqui como sistema social e cultural próprio – e o indivíduo, podemos contribuir de maneira mais conseqüente no sentido do aprimoramento da atenção à saúde no Brasil.

NOTAS

- 1 Acerca das concepções a respeito de doenças em pacientes internados em hospital do interior do Rio Grande do Sul, ver KNAUTH (1992a).
- 2 Em razão do compromisso de anonimato dos informantes, assumido como norma no desenvolvimento da pesquisa e montagem do banco de dados, os depoimentos, no decorrer deste artigo, serão identificados apenas pela inicial, idade, sexo e vila de moradia.
- 3 Os 'procedimentos' aqui citados correspondem a consultas médicas, de enfermagem, de psicologia, atividades em grupo, curativos, nebulizações, pequenas cirurgias, aplicação de medicamentos, coleta de exames e visitas domiciliares. Segundo dados do Serviço de Saúde Comunitária, no segundo semestre do ano de 1994, o total de todos estes procedimentos foram os seguintes: Vila Floresta, 34.189 (população estimada de 8.362); Valão, 27.993 (população estimada de 6.700); Vila Sesc, 15.049 (população estimada de 5 mil); Vila Di-que, 21.539 (população estimada de 3 mil).
- 4 Parte desta reflexão foi baseada na Análise Fatorial de Correspondência, técnica estatística que permite a visualização, de modo gráfico, do grau de associação entre as variáveis estudadas. Neste caso, entre gênero e definição de doença. Para maior aprofundamento sobre seu uso, ver FACHEL, LEAL & GUIMARÃES JR. (1995).
- 5 Para análise mais aprofundada sobre o assunto, ver o texto de SEFFNER (1995).

- 6 Os aspectos relacionados à menstruação e suas relações com a saúde/doença constituem amplo campo de estudo na área da Antropologia Médica, sendo deliberadamente não aprofundados neste trabalho. Sobre o assunto, ver LEAL (1994).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BOLTANSKI, L. *As Classes Sociais e o Corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- DUARTE, L. F. D. *Da Vida Nervosa (nas classes trabalhadoras urbanas)*. Rio de Janeiro: Zahar/CNPq, 1986.
- FACHEL, J. M.; LEAL, O. F. & GUIMARÃES Jr., M. Corpo como dado: material etnográfico e aplicação de análise fatorial de correspondência. In: LEAL, O. F. (Org.) *Corpo e Significado: ensaios de Antropologia Social*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1995.
- FERREIRA, J. O Corpo Sínico. In: ALVES, P. C. & MINAYO, M. C. de S. (Orgs.) *Saúde e Doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994.
- HELMAN, C. *Cultura, Saúde e Doença*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- KLEINMAN, A. Culture, Health Care Systems and Clinical Reality. In: __. A. *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press, 1980.
- KNAUTH, D. Representações sobre doença e cura entre doentes internados em uma instituição hospitalar. *Cadernos de Antropologia*, 5:23-39, 1992a.
- KNAUTH, D. Corpo, saúde e doença. *Cadernos de Antropologia*, 6:55-72, 1992b.
- KNAUTH, D. Um problema de família – a percepção da Aids entre mulheres soropositivas. In: LEAL, O. F. (Org.) *Corpo e Significado: ensaios de Antropologia Social*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1995.
- LEAL, O. F. Benzedeiras e bruxas: sexo, gênero e sistema de cura tradicional. *Cadernos de Antropologia*, 5:7-22, 1992.
- LEAL, O. F. Sangue, fertilidade e práticas contraceptivas. In: ALVES, P. C. & MINAYO, M. C. de S. (Orgs.) *Saúde e Doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994.
- LOYOLA, M. A. *Médicos e curandeiros – conflito social e saúde*. São Paulo: Difel, 1984.
- SEFFNER, F. Aids, estigma e corpo. In: LEAL, O. F. (Org.) *Corpo e Significado: ensaios de Antropologia Social*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1995.