

Políticas de saúde e sistemas médicos no Brasil

Health policies and medical systems in Brazil

Resumo

O artigo que apresento a seguir é uma síntese de minha dissertação de mestrado, intitulada "Sistemas médicos oficial, familiar e paralelo: estudo de percepção e comportamento em relação ao processo saúde-doença em comunidades de baixa renda de Florianópolis" (1992), no qual acrescentei alguns dados já obtidos na pesquisa, em andamento, intitulada "Sistema Único de saúde: avaliação e fomento à participação comunitária no Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis." A dissertação objetivou analisar o conceito de saúde-doença (Percepção da População) bem como os padrões de práticas familiares de automedicação e sua relação com o sistema oficial de cura (através dos dados obtidos no Centro de Saúde pesquisado) e/ou com os sistemas paralelos de cura, numa comunidade urbana de baixa renda em Florianópolis (Itinerário Terapêutico). Já a pesquisa atual objetiva analisar a realidade do processo de implementação do SUS (Sistema Único de Saúde) no nível local, sua efetividade, resolutividade e satisfação de seus usuários e trabalhadores de saúde, tomando-se como unidade de análise o Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis, à luz do programa oficial de saúde pública preconizado, e, avaliar a implementação das decisões do Conselho pelos órgãos responsáveis, bem como o acompanhamento feito pelos Conselheiros.

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

Abstract

The following article is a synthesis of my master degree thesis – titled Official, Family and Parallel Medical Systems: Perception and Behavior Study related to the health-disease process in low income communities, developed in Florianópolis and including data from an ongoing research titled: "Unique Health System (Sistema Único de Saúde) – Analysis and furtherance of the community's participation in the Health Municipal Council of Florianópolis". The dissertation's objective was to analyze the health-disease concept (population's perception), as well as the patterns of the family self-medication practices and their relation with the official healing system (through of the data obtained in health centers) and with parallel healing systems (therapeutic itinerary). The actual research's objective to analyze the reality of the SUS implementation at a local level, its effectiveness, solutions and the degree of satisfaction among its users and employees, taking as analysis unit the Health Municipal Council of Florianópolis (CMS) in the light of the present official health program, and evaluate the implementation of the Council's decisions by the responsible entities, as well as the survey made by Counselors.

Key words: health policies, perception and behavior, health and disease process, medical systems.

Márcia Grisotti

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

Introdução

As causas da problemática de saúde são múltiplas; elas podem ser encontradas não só a partir da análise das instituições médicas e das políticas setoriais de saúde, mas também, fundamentalmente, como parte da crise do modelo de desenvolvimento adotado no Brasil.

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

Ao mesmo tempo, a ênfase colocada na carência de recursos precisa ser revisada na medida em que se reconhece como importante a utilização inadequada e/ou a subutilização dos recursos potenciais internos (sócio-culturais, tecnológicos e ambientais) existentes em cada país ou região. A subnutrição e as precárias condições de saúde não são sempre conseqüências de um fraco desenvolvimento econômico, mas, antes, de um padrão de crescimento desequilibrado e caracterizado pela irracionalidade na distribuição de recursos escassos. (SIGAL, 1979, p. 4).

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 se-

tor saúde, é importante enfatizar a fragilidade dos indicadores existentes, pois não levam em conta os aspectos não-tangíveis (por exemplo, a percepção do processo saúde-doença) que possuem alta relevância no processo de planejamento e implantação de políticas alternativas.

A análise de pesquisas realizadas em diferentes países da Ásia, África e América Latina tem permitido reconhecer a multiplicidade de usos terapêuticos e a recorrência a distintas fontes de tratamento por parte da população. A maioria dos autores assinala que uma significativa maioria, entre 70 e 80% dos episódios de doenças informadas, costuma ser tratada fora dos sistemas de atendimento oficial. Isto se dá, ora recorrendo a outros sistemas médicos, por exemplo, as medicinas paralelas, ora através da auto-medicação, ou simplesmente não tomando iniciativa nem ação deliberada para modificar a situação. Além do mais, como demonstra Pedersen (1989, p. 641), do total de pacientes que inicia um tratamento médico, a metade o interrompe ou abandona antes do tempo indicado pelo médico.

No caso brasileiro, como veremos, esse fato não significa uma rejeição da medicina oficial, mas uma abertura a alternativas num horizonte de complementariedade. 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 (proposta do SUS) um número significativo da população encontra, através de canais heterogêneos e até antagonistas de medicina e religião, outras formas de acesso e tratamento.

Por isso, diante do processo de reformulação da política de saúde no

âmbito governamental, através do SUS e do potencial que existe em termos de autonomia comunitária, há necessidade de estudos diagnósticos que precisem a dinâmica das percepções e dos comportamentos em comunidades específicas, tanto do ponto de vista da medicina familiar e paralela quanto da relação desta com as políticas oficiais de saúde. Esses estudos teriam como objetivo viabilizar a formulação de propostas de descentralização no quadro da medicina comunitária. Ou seja, como as populações de baixa renda se relacionam com outras possibilidades de cura? Como é exercida a medicina familiar? Como ela se 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?

Reconhecendo esta demanda, o presente trabalho expressa os resultados de uma pesquisa que objetivou diagnosticar a percepção do processo saúde-doença 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 na região de Florianópolis.

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

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

Políticas de saúde no Brasil

Indicadores

A problemática brasileira no campo dos indicadores de saúde e no campo dos serviços de atendimento médico reproduz, de maneira geral, a dinâmica vigente no restante dos países em desenvolvimento. O diagnóstico do setor pode ser considerado extremamente grave: as doenças infecto-parasitárias (típicas de países do terceiro mundo) convivem com as crônico-degenerativas (típicas de primeiro mundo).

O quadro de desenvolvimento desigual revela a baixa resistência às doenças propiciadas pela alimentação deficiente e a existência de condições de habitação, saneamento e ambientais favoráveis à propagação das principais doenças infecciosas e parasitárias. A desnutrição forma um círculo vicioso que favorece o surgimento de infecções, que por sua vez deprimem o sistema imunológico, aumentando a incidência de desnutrição/infecção.

Segundo dados do Ministério da Saúde, 146 crianças morrem por dia de desidratação, e epidemias como sarampo, tétano, tuberculose não foram ainda erradicadas. Em relação à mortalidade infantil, a maioria é causada por doenças evitáveis como por exemplo, a diarreia. "Mais de 10% da população nordestina não chega

a completar um ano de vida", conforme o Banco Mundial (Relatório sobre o Desenvolvimento Social, 1991). Além disso, flagelos que se acreditava estarem sob controle permanecem ou ressurgem sob nova feição: a malária na Região Norte do Brasil, a disseminação da dengue em diversos estados brasileiros, a partir de 1986 (principalmente no estado do Rio de Janeiro), a reintrodução da cólera, lepra, doença de Chagas, esquistossomose, além da hanseníase e da tuberculose – que tem registrado um alarmante aumento de casos nas Regiões Norte e Nordeste da Brasil.

Por outro lado, a adoção de projetos de desenvolvimento inadequados tem gerado sérios problemas à saúde sendo um deles a poluição ambiental, causada pelo uso de substâncias cancerígenas nas práticas agrícolas e industriais, associada a hábitos alimentares e estilos de vida desequilibrados tem alterado a qualidade de vida e agravado o leque de doenças crônico-degenerativas (especialmente câncer e doenças cardiovasculares). A poluição ambiental pode gerar outros problemas como as doenças respiratórias (como é o caso da pneumoconiose, gerada nos trabalhadores durante o processo de extração do carvão vegetal, registrado no sul do estado de Santa Catarina) distúrbios no sistema nervoso central (pela inalação de gases dos escapamentos de veículos, em áreas urbanas), acidentes causados por metais pesados (como no caso do contato com Césio 137, ocorrido em Goiânia, no estado de Goiás).

Há ainda outras causas de mortes devido a acidentes de todos os tipos, homicídios, intoxicações, doenças mentais e AIDS. Contudo, a produção de medicamentos e a pesquisa básica para compreender a vida dos diversos micróbios/vírus/bactérias são mais lentas que seus complexos processos de propagação e mutação.

Políticas de Saúde

Apesar das implicações culturais e políticas do reconhecimento das interdependências entre saúde, desenvolvimento e qualidade ambiental, principalmente a partir das diretrizes anunciadas pela O. M. S. (Organização Mundial de Saúde) durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em Alma-Ata (1978) não existem indícios de que a meta "Saúde para todos no ano 2000" seja alcançada no Brasil. Historicamente as políticas de saúde foram reformuladas o que permitiu, e evidencia-se atualmente, o amplo acesso (universal e gratuito) aos serviços de saúde oferecidos pelo Estado brasileiro. Porém, embora o acesso seja universal, a qualidade dos serviços prestados é bastante questionada haja vista as longas filas de espera, a falta de uma linguagem, comportamento e percepção mais abrangente do processo saúde-doença por parte dos profissionais de saúde no trato às populações de baixa renda.

Através da análise histórica do sistema de saúde no Brasil, especialmente a partir de 1964, nota-se um amplo consenso da literatura crítica quanto às principais características das mudanças na prestação da assistência médica: pela extensão de cobertura, embora não garantindo a qualidade e distribuição equitativa do acesso entre as diversas regiões do Brasil; pelo privilegiamento da prática curativa e individual em detrimento de medidas de caráter preventivo e de interesse coletivo; pela crescente intervenção estatal, paradoxalmente orientada mais para a lógica do favorecimento do setor privado; pela criação de um complexo médico-farmacêutico, favorecendo especialmente as grandes empresas monopolistas internacionais e pela diferenciação da prática médica em função da clientela expressa, principalmente na relação médico-paciente. Paralelamente a crítica a essas

características da prestação de assistência médica, e talvez em decorrência delas, no âmbito governamental a década de 80 é permeada por sucessivas criações de órgãos institucionais e planos de intervenção que culminaram na adoção do modelo SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde)-SUS, objetivando, a longo prazo, uma ampla reforma sanitária. Em termos teóricos este modelo representa uma profunda inovação no sistema, porém seu processo de implantação coloca em evidência uma série de outros problemas, que serão abordados a seguir.

Considerado a partir do espectro do termo “descentralização”, o diagnóstico dos limites e entraves à sua viabilização no setor de saúde no Brasil aponta os aspectos a seguir.

- A política de descentralização/universalização tende a manter-se estrangulada no interior do modelo de desenvolvimento adotado no país. Nesse modelo, as políticas setoriais impedem a visualização e formulação de programas que considerem as condições de vida dos usuários – nutricionais, habitacionais, de renda, etc, de modo integrado, identificando as condições de saúde/doença em termos de sua presença ou ausência. A convivência, como já foi mencionado, do duplo perfil epidemiológico (doenças infecto-parasitárias e as crônico-degenerativas) faz com que não bastem medidas tipicamente preventivas, de caráter coletivo, mas também ações de atenção médica de alta complexidade tecnológica, como é enfatizado em Cohn (1996, p. 37):

Em consequência, esta realidade torna superados, por dela não darem conta, não só os preceitos clássicos da Saúde Pública para diagnosticar áreas endêmicas e áreas

as saneadas, como também o modelo de organização dos serviços de saúde em vigor. Esse modelo não poderá mais ser concebido em termos da dicotomia que opõe medidas de caráter coletivo ao serviço de atenção médica individual, devendo referir-se ao conjunto das medidas do setor saúde, entendido de maneira integrada e não fragmentada num somatório de programas e ações pulverizado por inúmeras instituições impermeáveis entre si.

Na prática, um dos principais dilemas do sistema atualmente é: ou se dá tudo a uns poucos ou se oferece a todos apenas os cuidados médicos necessários simples. O governo brasileiro, atualmente, dirige seus recursos mais para a segunda opção, já que o programa de metas (1997) incentiva os investimentos na prevenção, desospitalização (atendimento do paciente perto de seu local de moradia ou trabalho) e diminuição do uso de tecnologias caras.

- O desmonte da máquina previdenciária tornou as correlações de forças entre os atores envolvidos ainda mais desiguais. Tomemos como exemplo, a forte pressão dos *lobbies* privatistas e corporativos, que pretendiam não alterar o antigo modelo no processo de aprovação e regulamentação da Lei Orgânica de Saúde – L. O. S. (1990), demonstrando, assim, o predomínio de uma visão imediatista na cultura político-administrativa do país e o peso que diferentes conjunturas políticas exercem sobre os avanços e recuos da implantação do SUS.

- Muito aquém da necessária reforma sanitária, as mudanças no setor têm se limitado ao aspecto formal-administrativo, sem uma efetiva transferência de poder, e, principalmente, sem democratização das relações sociais em todos os níveis territoriais. Acrescenta-se, ainda, a inexistência de uma tradição política de municipalização de serviços públicos que tende a gerar uma indefinição do papel do poder local, conforme podemos verificar em Netto (1991, p. 31):

os setores resistentes à descentralização, localizados na burocracia estadual, federal e interesses privatistas tendem a considerar como atribuição do município apenas o atendimento básico e de urgência, e a gestão da rede de postos e centros de saúde. Com isto tendem a obstaculizar a integralidade das ações, mantendo a separação de modelos e a dualidade gerencial,

o que pode ser complementado por Teixeira (1990, p. 92) “e deixando intocados os sistemas prestadores de serviços tradicionais de maior complexidade e geralmente privatizados.”

- A geração de um “incrementalismo”, ou seja, a criação de novos organismos sem a simultânea dissolução ou absorção dos já existentes. Esta tendência é disseminada, em geral, nas políticas públicas do Brasil: são realizados programas de saúde dissociados de outras políticas (saneamento, habitação e educação) que direta ou indiretamente influenciam a saúde e a qualidade de vida da população. Essa desarticulação acaba promovendo uma justaposição de

esforços em algumas áreas aumentando a escassez de recursos em outras. O resultado desse processo é visualizado no desperdício de recursos e na baixa eficácia e resolatividade dos diversos programas sociais. Além disso, pouca atenção é dada na contratação de recursos humanos – como é o caso, por exemplo, do conflito na contratação de auxiliares e atendentes de enfermagem (sem qualificação universitária), enfermeiros (com titulação universitária), e, atualmente, dos agentes de saúde.

- O crescimento do setor privado na década de 1970 e o fortalecimento de novos mecanismos de financiamento (os planos de saúde) na década de 1980, capazes de viabilizar o acesso ao sistema privado de saúde por parte das camadas médias, à margem da intervenção política oficial, geraram sérias implicações sobre o projeto da universalização do sistema. Entre elas, a exclusão de significativos grupos sociais, sobretudo as classes médias, que passam a constituir o público alvo das novas modalidades de oferta de serviços médicos privados, buscando o setor público apenas para a prestação de alguns serviços de alto custo e densidade tecnológica não custeados pelos planos de saúde. O que acarretou, segundo Favaret e Oliveira (1989, p. 274), no caráter excludente da universalização do acesso ao sistema de saúde no Brasil, retirando da esfera do setor público os segmentos da população com maior capacidade de vocalização de demandas, perpetuando, assim, o circuito de “má-qualidade – expulsão de setores organizados – baixa atividade reivindicatória – má

qualidade”, segundo os autores citados.

- A descentralização e universalização dos serviços de saúde não garantem por si só a participação da população no exercício do controle democrático dos processos decisórios. Isto depende da conjuntura política, da capacidade de organização da sociedade civil e da existência de uma intenção política explícita no sentido da descentralização. Ou seja, como romper com a prática do clientelismo e troca de favores? Como implementar uma prática administrativa eficiente e responder simultaneamente às exigências dos cidadãos, que geralmente possuem valores culturais e aspirações diferentes?

Apesar da participação popular ser considerada como uma das condições essenciais para o êxito e a eficácia das políticas de saúde, ou seja, para a efetivação do **controle social**, Jacobi (1990, p.135) a considera como o maior desafio no contexto da transição brasileira quando indaga: “como estabelecer novas regras de convivência entre as instâncias de poder e a população em geral, visando incrementar os mecanismos participativos e ampliando o processo de democratização do Estado, mais especificamente na administração municipal?”

Nosso ponto de vista é que esses mecanismos, apesar de serem colocados como necessários em documentos oficiais, ainda necessitam ser efetivados, pois um dos problemas tem sido a dificuldade de se mobilizar a população em torno das comissões interinstitucionais, principalmente locais, criadas pelo novo sistema. A pesquisa em andamento sobre o Conselho Municipal de Saúde em Florianópolis está possibilitando apontar algumas pistas sobre essas dificuldades.¹

Nas reuniões que freqüentamos, a participação dos conselheiros mos-

trou-se praticamente nula, pois, em geral, em lugar da análise e discussão de conteúdos, eram aceitos passivamente os encaminhamentos propostos pela Secretaria Municipal.

Quanto à representatividade percebemos que as participações em debates no Conselho e mesmo nas Conferências municipal e estadual de saúde são feitas basicamente por médicos, enfermeiros, representantes de instituições de saúde, universitários, enfim por profissionais que desenvolvem atividades, geralmente de forma remunerada, no setor saúde. A pouca participação nos debates, tanto da maioria dos Conselheiros quanto dos demais usuários do SUS, no Conselho e nas Conferências municipais e estaduais, pode ser vista, entre outros motivos, como decorrente da distância que surge em virtude da linguagem, essencialmente acadêmica, utilizada nestes espaços de debate. Apesar de se chegar cada vez mais próximo de comunidades específicas, através das oficinas regionais de saúde, o problema permanece: alguns participantes expõem suas opiniões não como cidadãos, mas como profissionais ou funcionários (do centro de saúde ou do conselho). Os profissionais da Secretaria responsáveis por estas oficinas já demonstraram preocupação e interesse em realizar algum tipo de treinamento junto aos Conselheiros no sentido de auxiliá-los na maneira de repassar as informações à comunidade a qual representam. E a questão permanece: como repassar à comunidade as informações de forma que esta compreenda e se envolva?

Juntamente com a pesquisa junto ao Conselho, percebemos que precisávamos entender a dinâmica de funcionamento dos Centros de Saúde, já que estes representam o *locus* de realização de atenção primária e educação em saúde, como é o caso do Programa de Saúde da Família –PSF. Este objetiva realizar um trabalho no qual o processo saúde-doença passe a ser visto de uma maneira mais abrangente, envolvendo objetos de

debate como os conflitos decorrentes das condições de renda, de saneamento, das condições alimentares e higiênicas, tendo a família como o ator central.

No Centro de Saúde que pesquisamos, percebemos que esse programa não funcionou. Em primeiro lugar, devido ao desinteresse e até a desinformação por parte dos profissionais do Centro de Saúde, pois a maioria deles vêem o programa apenas como mais uma atividade. Em segundo lugar, a população em geral, não compreende, e até critica, quando em alguns dias não existem atendimentos médicos, por causa de outras atividades, entre as quais podemos citar as oficinas com idosos, adolescentes e gestantes, relacionadas ao PSF. Por outro lado, as visitas domiciliares têm gerado grande contentamento na comunidade, embora elas sejam realizadas apenas por um agente de saúde. Este, por sua vez, também já enfatizou a necessidade de mais profissionais atuando junto ao PSF. Evidentemente, a alocação de profissionais para a formação de equipes não poderá obedecer aos critérios exclusivos de *área de abrangência*, ou de *área de influência*, mas, especialmente em comunidades de baixa renda, ao critério de *área de carência*.

Contudo, além das questões relativas à transferência de recursos para o setor, do aumento na quantidade de serviços e ampliação do acesso, torna-se indispensável melhorar a qualidade dos serviços, principalmente no que se refere aos recursos humanos, que envolvem não só médicos, mas enfermeiras, atendentes e agentes de saúde, para otimizar o trato com a clientela. Os profissionais de saúde, apesar de oriundos e formados pelas universidades públicas, preferem, como meta, trabalhar em consultórios privados, dado os baixos salários da rede pública.

O novo referencial, para o entendimento do processo saúde-doença,

expresso na Constituição Federal e viabilizado, entre outras ações, através do PSF nos tem demonstrado o quanto é complexa a transposição de um *ideal* para a realidade concreta. Por um lado, os organismos oficiais responsáveis pela implementação das atividades do SUS demonstram pouca *vontade política* no que se refere à priorização dos programas relacionados à saúde nas suas diretrizes políticas globais. Por outro lado, os profissionais de saúde pesquisados não estão preparados para trabalhar com o PSF, pois, além do problema da falta de recursos humanos e financeiros, a sua formação, acadêmica ou não, que subsidia seu entendimento acerca do processo saúde-doença e sua prática, não os capacita a desenvolverem atividades ligadas a esse novo referencial. E mesmo os que possuem este novo referencial são barrados pelas consequências sistêmicas desse processo. O resultado, na maioria das vezes, tem sido o enfraquecimento das atividades ligadas ao PSF em favor do retorno a um tipo de tratamento puramente *curativo*. E, por último, embora a população entrevistada, usuária do Centro de Saúde, reconheça a existência de um novo sistema ela desconhece seu funcionamento, assim como desconhece seus direitos de cidadania nesse novo processo. No caso específico do PSF, mesmo reconhecendo a importância da prevenção, os usuários priorizam os serviços *tradicionalmente realizados*, especialmente, os curativos, seja pelo fato de historicamente o Centro de Saúde ser percebido como local de procedimentos curativos, seja pela desorganização do PSF que inclui a descontinuidade das atividades, a falta de sincronia entre o lançamento das campanhas publicitárias governamentais para a prevenção das doenças e a capacidade dos Centros de Saúde para atendê-las, por não contarem com suficientes recursos humanos e materiais. Isto tudo acaba gerando descontentamento e

descrédito por parte da população, provocando um ciclo de ineficiência e colocando todo o sistema em crise. (GRISOTTI, M.; SILVA A.; PATRICIO, Z.M., 1998).

Em síntese, o processo de descentralização/universalização/participação, colocado em marcha constitui uma alternativa substancial ao modelo de assistência antes vigente. Na prática, continuam existindo graves problemas, como as diferenças no acesso, a baixa resolutividade e qualidade dos serviços. Ao mesmo tempo, não se produziram mudanças de atitude em relação ao usuário do sistema, embora se reconheça que a implantação do SUS é recente e que, portanto, investimentos em recursos financeiros e humanos, mais adaptados à nova realidade, deverão ser parte central da política de saúde.

Sistemas médicos: oficial, familiar e paralelo

Ao lado da problemática expressa pelo esforço de reforma do sistema de atendimento de saúde, cabe situar o fenômeno da oferta de serviços médicos alternativos em bairros de classes populares. Este fenômeno tem sido diagnosticado através de pesquisas, realizadas tanto nas áreas da antropologia médica quanto na da sociologia médica. No centro das atenções está a questão: como diferentes grupos sociais tendem a desenvolver estratégias alternativas de tratamento médico dentro e fora do sistema oficial? Apesar da hegemonia do sistema oficial, ele permanece inacessível a mais de um terço da população brasileira. (LOYOLA, 1984; THEBAUD/LERT, 1987; COSTA, 1980; BUCHILLET, 1991). Além disso, apesar do reconhecimento do direito universal à assistência médica a qualquer cidadão e em qualquer serviço de saúde oferecido pelo Estado (proposta do SUS), um número significativo da população vai encontrar, atra-

vés de canais heterogêneos e até antagonistas de medicina e religião, formas alternativas de acesso e tratamento. Press (1971, p. 454) enfatiza, por exemplo, que a prática do curandeirismo tem se tornado uma instituição no contexto latinoamericano.

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 à 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, com maior nitidez, em primeiro lugar, a realidade simbólica na qual estão submersos os sistemas médicos e no interior dos quais 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 conhecimento e comportam-se no interior apenas de seu sistema tradicional; e, em terceiro lugar, as diferenças entre percepção e comportamento as 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 (conjunto de técnicas de tratamento empregadas pelos especialistas não reconhecidos pela medicina oficial) como um conjunto de práticas e idéias rudes e imitativas, provenientes da difusão da medicina erudita do passado ou como sobrevivências folclóricas das tradições étnicas brasileiras de uma época passada, de regiões rurais, isoladas e atrasadas, associando o desaparecimento dessas práticas ao desenvolvimento da urbanização, negando-lhes qualquer possibilidade de eficácia atual. (LOYOLA, 1984a; QUEIROZ/CANESQUI, 1986; COSTA, 1980; NEVES, 1984).

Embora exista um contingente muito amplo de investigações 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 avan-

ço tem sido feito no sentido de compreender efetivamente à lógica subjacente, a conduta terapêutica do paciente. Isto se deve, segundo Buchillet (1991, p. 34) a dois motivos: em primeiro lugar, porque se procura 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 dis-

tanciam-se muito da atitude adotada pelos que estão no centro do modelo da relação médico-paciente, adquirida 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. 22-23).

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-las 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 medecinas paralelas na busca de *curas mi-*

lagrosas, 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 as práticas médicas 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% indicados 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 e cloranfenicol. 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 pouca consciência dos aspectos negativos da aplicação dos medicamentos modernos, além disso, metade deles não aparece nem na lista da Organização Mundial de Saúde nem na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

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, ela é também extensivamente praticada no meio urbano e, 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 essa autora, é composto por indivíduos sem formação universitária, que vivem geralmente nas comunidades onde atuam, respondendo por várias especialidades terapêuticas, desde erveiros

e benzedeiras 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, p. 8 e 10), Boltansky considera de forma unilateral as relações de dominação (de uma classe sobre a outra), ao adotar a oposição entre medicinas popular e oficial, não levando em conta as formas de dominação e relações de poder que ocorrem entre segmentos e agentes de uma mesma classe social. Além disso, segundo Neves (*op. cit.*), a oposição entre as duas ditas medicinas (conforme sugerem Boltansky e Loyola) pode suscitar outros problemas, pois as unidades de comparação 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."

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 tra-

tar 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, reconhece-se a existência de outras práticas médicas, com frequência, as mesmas são tratadas como charlatanismo, superstição ou crenças em vias de desaparecimento, sendo a falta de recursos financeiros o único obstáculo à imposição do consumo massivo de tecnologias modernas. (Pedersen, 1989; Loyola, 1984a). Por outro lado, na percepção dos usuários, ambos os tipos são considerados complementares, embora não se questione a legitimidade e superioridade do saber médico oficial. Mas, apesar de não rejeitarem as terapias oferecidas pelo sistema médico oficial, as populações de baixa renda em áreas urbanas procuram preservar opções alternativas de cura.

Na busca de explicação para este fato, cabe reconhecer, por um lado, que a falta de recursos econômicos constitui apenas um aspecto do problema (principalmente porque a assistência médica oficial é gratuita – 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.

Finalmente, 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.

Análise dos dados

A análise a seguir refere-se aos dados obtidos na pesquisa participante, realizada numa comunidade de periferia da cidade de Florianópolis, no estado de Santa Catarina. Foram entrevistadas trinta famílias e foi feito o acompanhamento de seu cotidiano, bem como observação e entrevistas com especialistas das medicinas paralelas. 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. Em função da amostragem, os dados apresentados e analisados não permitem generalizações. Trata-se, portanto, de um estudo de caso.

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

Para crianças, embora haja variação no tipo de tratamento, casos de vermes, diarreia, sarampo, coqueluche

e rubéola são esperados; verminoses, inclusive, não chegam a ser consideradas 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 sexo. Enquanto para crianças, as categorias físico-comportamentais e psicológicas assumem maior importância – ter peso, disposição para brincar, ser alegre, não precisar ir freqüentemente 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 a importância de categorias físico-comportamentais e psicológicas, medidas pela capacidade destes conseguirem realizar algumas atividades – caminhar, ter disposição e não depender tanto dos parentes,

embora a presença de vários tipos de doenças crônicas já seja admitido.

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 (quantitativa e qualitativa). 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 àquelas encontradas nas pesquisas de Elsen (1984) 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; ELSÉN, 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 possibili-

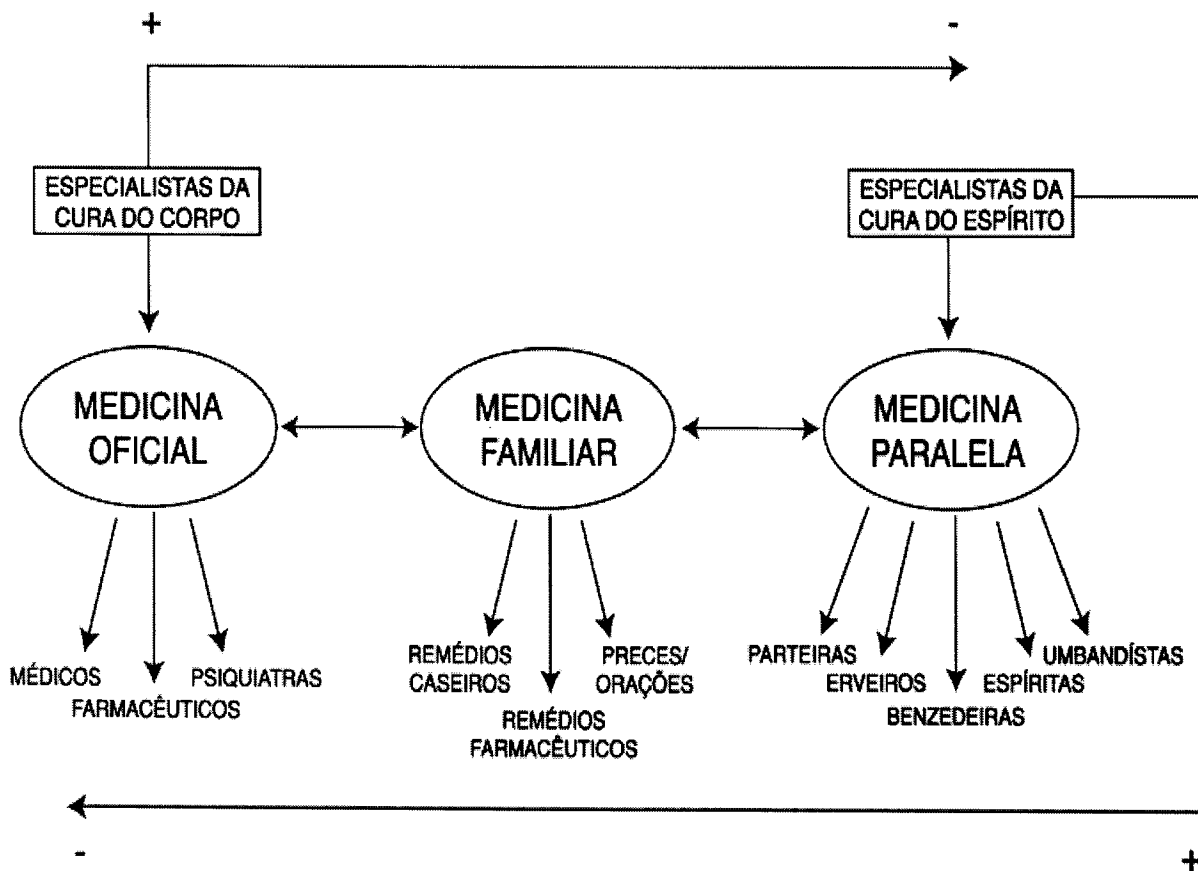
dade, ou não, de contrair alguma doença, seja por acaso ou por tendências psico-orgânicas individuais, acarretando, ou não, a procura por medidas preventivas e o *sentir-se doente* é um estado psicológico no qual, o indivíduo sente-se interiormente debilitado, embora biologicamente ele esteja sadio, do ponto de vista da medicina oficial e/ou vice-versa. Estas diferentes dimensões da doença produzem também diferentes formas de tratamento.

Os conceitos de saúde-doença, os modelos de causas e as 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 den-

tro da família, bem como, com outros grupos de referência: comunidade, meios de comunicação e sistemas médicos, principalmente o oficial que representa um fator importante para esta troca.

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

A atenção médica não se restringe apenas à medicina oficial; é utilizada também para 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 essa 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 expressa 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 relegam estes fatores em favor de um tipo de tratamento e *cura* puramente sintomático (via amplo consumo de medicamentos), que anula as capacidades autônomas de indivíduos e grupos em refletirem sobre seu estado de saúde, suas condições e estilos de vida que são os determinantes, na maioria das vezes, das situações de doenças.

Do ponto de vista das medicinas paralelas, estas aceitam e, quando necessário, encaminham seus *pacientes* para a medicina oficial. Sugerem, porém, que a capacidade curativa desta medicina é limitada. Os médicos são considerados, de modo geral, como aqueles que tratam os sintomas que aparecem no corpo físico. A capacidade de tratar as causas desses sintomas que *vêm do espiritual* ou que resultam de um desequilíbrio entre o corpo fluídico e o corpo somático, tendem a estar fora de seu alcance. Os problemas de origem psico-sociais são tratados pelas medicinas paralelas com técnicas e linguagens pelas quais a medicina oficial, geralmen-

te, 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

- ABRASCO. *A Experiência SUDS e os desafios atuais da Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1989.
- ARAUJO, Alceu. M. *Medicina Rústica*. São Paulo: Editora nacional, 1979.
- ARMELAGOS, *et al.* The Ecological Perspective in Disease. In: *Health and the human condition*. Logan e Hunt (org), Mass, Duxbury press. 1978, p. 71-83.
- ÁVILA-PIRES, F. de. *Princípios de ecologia humana*. Brasília: UFRGS/POA/CNPQ, 1983.
- BANCO MUNDIAL. *Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial*. 1991.
- 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.
- COHN, Amélia, *et. al.* *Saúde como direito e como serviço*. São Paulo: Cortez/CEDEC, 1991.
- COSTA, Ana. M. *Riqueza de pobre*. Dissertação de Mestrado. Brasília: Instituto Central de Ciências Humanas da Universidade de Brasília, 1980.

- DJUKANOVIC, C. V., et al. *Alternative approaches to meeting basic health needs in developing countries*. Geneva: UNICEF/WHO, 1975.
- DUPUY, Jean-Pierre. *Introdução à crítica da ecologia política*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980.
- ECKHOLM, Erick. P. Health and human environment. In: *Down to earth. Environment and human needs*. W.W. New York/London: Norton Copmpany, 1982.
- ELSEN, Ingrid. *Concepts of health and illness and related behavior among families living in a brazilian fishing village*. Tese de doutorado. Berkely: Universidade da Califórnia, 1984.
- FAVERET, Paulo., e OLIVEIRA, Jorge P. *A universalização excludente*. In: Revista DADOS. Rio de Janeiro, 1990, v. 33, n. 2, p. 257-283.
- FELENBERG, Gunter. *Poluição medicamentosa*. In: *Introdução aos problemas da poluição ambiental* São Paulo: E.P.U/ Springer/EDUSP, 1980.
- FLEURY, Sonia. *Estado sem cidadãos – Seguridade social na América Latina*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.
- FOSTER, George. M. e 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*. Mestrado em Antropologia. Recife: UFPE, 1986.
- GRISOTTI, M.; SILVA, A.; PATRICIO, Z. M. *Sistema Único de Saúde: avaliação e fomento à participação comunitária no Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis*. Resumo publicado nos Anais da 50ª Reunião Annual da SBPC. Rio Grande do Norte, 1998.
- HAAK, Hildbrand. M. D. Pharmaceuticals in two brazilian villages; Lay practices and perceptions. In: *Social Science and Medicine*. 1989.
- ILLICH, Ivan. *A expropriação da saúde. Nêmesis da Medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- JACOBI, P. Descentralização municipal e participação dos cidadãos: Apontamentos para o debate. In: *Revista Lua Nova*. São Paulo: 1990, maio, n. 20, p. 121-143.
- LANGDON, Esther. J. Saúde indígena: a lógica do processo de tratamento. In: *Saúde em debate*. 1988, jan., ed. especial.
- LAPLANTINE, F. e RABEYRON, P. L. *Medicinas Paralelas*. Brasiliense, 1989.
- LAPLANTINE, F. *Antropologia da Doença*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- LARAIA, Roque. de B. *Cultura: um conceito antropológico*. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.
- LAURELL, Asa. C. A saúde-doença como processo social. In: *Medicina Social – aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global editora, 1983.
- LEVEFRE, F. A Função simbólica dos medicamentos. In: *Revista de saúde pública* 17:500-3. São Paulo: 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: *Medicinas tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*. Belém: CEJUD, 1991.
- MECHANIC, David. *Medical Sociology*. New York: Free Press, 1980.
- MINAYO, Maria C. de. *O Desafio do Conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1996.
- _____. *Os Muitos Brasis Saúde e População na década de 80*. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1995.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Anais da VIIIª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, 1987.
- MONTEIRO, Paula. *A dimensão política umbandista de doença*. ANPOCS, 1991. (mimeo).
- MPAS/INAMPS. *SUDS decreto oficial n. 94.657 de 20 julho de 1987*.
- NETO, Júlio. S. M. Políticas de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. In: *Saúde em debate*. Rio de Janeiro: 1991, n. 31.
- 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. In: *América Indígena*. 1989, v. XLIX, n. 4.
- POSSAS, Cristina. *Epidemiologia e sociedade. Heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil*. São Paulo: HUCITEC, 1989.
- PRESS, Irwin. The urban curandero. In: *American Anthropology*. 1971, 73(3), p. 454-464.
- QUEIROZ, Marcos. S. Curandeiros do mato, curandeiros da cidade e médicos: um estudo antropológico

- dos especialistas em tratamento de doenças na região de Iguape. In: *Ciência e cultura*. 1980, 32(1), p. 31-47.
- QUEIROZ, M. S. e CANESQUI, A. M. Contribuições da antropologia à medicina: uma revisão de estudos no Brasil. In: *Revista de Saúde Pública*. São Paulo: 1986, 20(2), p. 141-151.
- ROSAS, Eric. *A extensão de cobertura dos serviços de saúde no Brasil. PIASS- Análise de uma experiência*. Dissertação de Mestrado. Brasília: Fundação Oswaldo Cruz, 1981.
- SCOTT, Perry. (org.) *et. al. Sistemas de cura: As alternativas do povo*. Mestrado em Antropologia. Recife: UFPE, 1986.
- SACHS, I. La Santé. In: *Initiation à l'Écodéveloppement*. En collab. avec A. Bergeret, M. Schiray, S. Sigal, D. Thery, K. Vinaver. 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*. 1982, (77) jan./fev., p. 18-20.
- TEIXEIRA, Sônia. M. F. e OLIVEIRA, Jaime. A. A. *(Im)previdência social - 60 anos de história da Previdência Social no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes/Abrasco, 1985.
- TEIXEIRA, Sônia. M. F. Reformas Sanitárias na Itália e no Brasil: comparações. In: *Reforma Sanitária. Em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez/Abrasco, 1989.
- _____. Descentralização dos serviços de saúde: dimensões analíticas. In: *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro: 1990, 24(2) p. 78-99.
- THÉBAUD, A. e LERT, F. Ciências sociais, saúde e industrialização no Brasil. In: *Ciência e Cultura*. 1987, 39(2), p. 123-137.
- 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.

Nota

- 1 Essa pesquisa faz parte do conjunto de sub-projetos do Projeto Integrado de Pesquisa 1996-1998 do Núcleo TRANSCRIAR - UFSC.

Endereço - Autora

E-mail: grisotti@matrix.com.br