

**FAMÍLIAS TRABALHADORAS E  
REPRESENTAÇÕES SOBRE SAÚDE, DOENÇA E  
ASPECTOS INSTITUCIONAIS DA MEDICINA  
“OFICIAL” E “POPULAR”**

**CADERNO  
N. 07**



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS – UNICAMP  
NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS – NEPP**

**1989**

**ANA MARIA CANESQUI  
EDITOR: MARCOS DE SOUZA QUEIRÓZ**

Os cadernos de Pesquisa do NEPP, escritos pelos professores, pesquisadores, estudantes de pós graduação, e outros membros associados, aparecerá intermitentemente. Alguns serão comunicações de pesquisa preliminares em andamento, ou explorações de idéias teóricas, e a sua publicação visa a estimular discussão e gerar críticas úteis. Como resultado de tais discussões e críticas, é provável que apareçam publicações de versões mais elaboradas em outra parte.

## FAMÍLIAS TRABALHADORAS E REPRESENTAÇÕES SOBRE SAÚDE, DOENÇA E SOBRE AS INSTITUIÇÕES DA MEDICINA "OFICIAL" E "POPULAR"

MARCOS DE SOUZA QUEIROZ\*\*

ANA MARIA CANESQUI\*\*\*

### 1. INTRODUÇÃO

O consumo de serviços não só populares como oficiais de saúde depende de modo significativo das crenças e representações a respeito do que é saúde e do que é doença. A partir da percepção de que algo não anda bem com a saúde é que as pessoas procuram os serviços de cura. Isso remete a que se levem em consideração as definições, classificações e avaliações sobre doença que fazem parte do universo de representações.

Sentir-se bem e disposto para trabalhar são concepções de saúde generalizadas para a população estudada, embora ocorram diferenciações conforme os estratos. Como mostra a tabela 1, as mulheres, mais do que os homens, acrescentam a esta concepção de saúde a alegria de viver (11,3%), imprimindo um significado hedonista à vida, ao invés de valorizarem o "ser forte", conforme manifestam os homens (16,0%).

O significado de "ser forte" reforça a importância da masculinidade na imagem dos homens na sociedade e da força física, imprescindível à intensa utilização do corpo no trabalho. A doença, por sua vez, significa para os entrevistados indisposição para trabalhar. A partir do momento em que a incapacidade ocorre é que se estabelece a necessidade de procurar algum cuidado médico de saúde. Isto não significa ser imediata a procura de serviços de cura, à medida em que entre as camadas trabalhadoras sempre se aguarda um sinal corporal intenso para procurar algum cuidado. Boltanski (1975) atribui esta tendência ao uso do corpo, pois "quanto mais obrigados estão os sujeitos a atuarem fisicamente, menor será

---

\* Este estudo deriva do relatório de pesquisa *Estratégias de Consumo em Famílias Trabalhadoras* (Canesqui e Queiroz, 1988.) onde se pesquisaram 391 famílias trabalhadoras sorteadas aleatoriamente a partir de 27 bairros do município de Campinas entre setembro de 1984 e setembro de 1986.

\*\* Pesquisador do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da Unicamp.

\*\*\* Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp.

a atenção que prestam ao corpo e menos consciente será a relação com ele mantida. Uma relação pouco reflexiva com o corpo é pouco compatível com sua intensa utilização".

**Tabela 1**

Definição de saúde pelos entrevistados

Definições de saúde	Homens		Mulheres		Total	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Sentir bem	169	38,5	194	43	363	50
Estar disposto para trabalhar	152	34,5	144	32	296	33,5
Sentir alegria de viver	36	8,5	51	11,3	87	10
Sentir força	69	16	43	9,5	112	13,5
Outro	11	2,5	17	3,7	28	3
Total	437	100	449	100	886	100

Esta intensa utilização do corpo, presente entre os entrevistados devido aos tipos de ocupações exercidas (trabalhadores manuais) vale tanto para os homens como para as mulheres, ambos expostos a grandes desgastes físicos e mentais relacionados ao trabalho e às más condições de vida em geral. Para as mulheres, que se dedicam aos trabalhos remunerados, a dupla jornada é uma constante, aumentando-lhes o desgaste físico e mental.

## 2. REPRESENTAÇÕES SOBRE SEXO E IDADE

As representações sobre saúde e doença variam em relação ao sexo e à idade. Como apontou Loyolla (1984), "é também de acordo com o uso funcional do corpo que as doenças "de homem", "de mulher", "de criança" e "de velho" são percebidas e classificadas pois elas remetem geralmente às atividades próprias das funções biológicas e sociais dos sexos e da idade".

Ao serem questionados sobre a ocorrência de alguma doença no último ano, os homens (24,7%) definiram-se menos acometidos do que as mulheres (41%). Os homens, considerados "mais fortes" do que as mulheres e as crianças, são vistos com menor probabilidade de ficarem doentes. Não se trata de uma avaliação que leve em conta os

determinantes das condições de saúde e os riscos maiores ou menores de adoecer, mas o reconhecimento social de que ao homem não é dada muita chance de ficar doente. Daí; que a doença masculina é quase sempre um acontecimento dramático, envolvendo tanto ameaça à sobrevivência familiar devido ao seu papel de provedor principal como alteração no exercício de sua autoridade no âmbito familiar. A observância da norma do trabalho e dos valores machistas predominantes na cultura brasileira atribuem ao sexo masculino o atributo de "ser forte". Portanto ficar doente ou dispensar atenção excessiva ao corpo é socialmente desprezível para os homens. Assim, eles relutam em identificar-se como doentes e em ir ao médico.

As mulheres definem-se "menos fortes" e "sadias" do que os homens, a despeito de se considerarem "mais corajosas". Quando doentes, elas não se entregam tão facilmente como os homens. Ser "forte" e "sadio" remete às considerações de natureza biológica e social, sendo a mulher considerada "menos forte" do que os homens por razões hereditárias reconhecidas como próprias do sexo feminino ("natureza fraca"). Esta representação vai de encontros à fragilidade feminina do ponto de vista cultural, enquanto ser dependente. Do ponto de vista das mulheres, ter filhos e menstruar contribuem para a maior fragilidade do corpo feminino.

É também mais aceitável socialmente que as mulheres dediquem maior atenção ao corpo, resultando ser muito mais natural permitir-se ficar doente. São também as mulheres as responsáveis pela saúde da família e, mesmo não detendo um nível de instrução formal que lhes possibilite maior acesso ao conhecimento médico, elas também acumulam mais informações sobre os assuntos de saúde e doença do que os homens. Isso favorece uma maior competência para perceber e definir os problemas de saúde próprios e dos membros da família.

A conjunção deste conjunto de elementos com um maior controle no uso do tempo cotidiano dedicado aos afazeres domésticos permite que as mulheres procurem, com maior frequência do que os homens, os serviços de saúde. O absenteísmo do trabalhador é em geral rigidamente controlado pelas empresas, tornando mais difícil se definir como doente e procurar os serviços de saúde.

Entre as doenças que acometeram os homens no decorrer do último ano foram referidas com mais frequência os problemas dos rins, da coluna, a hipertensão, as infecções gerais e a fraqueza. As causas mais frequentes incluem a hereditariedade, o excesso de trabalho e a falta de alimentação. Rotulados por mal estar (algo passageiro) e não por

doença apareceram com mais freqüência os seguintes sintomas: dores de cabeça, de coluna, de barriga, má digestão, tontura, fraqueza, indisposição e cansaço atribuídos ao excesso de trabalho e à má alimentação.

As doenças mais frequentes referidas pelas mulheres no decorrer do último ano foram os problemas uterinos e ginecológicos, os relacionados ao aparelho circulatório (hiper ou hipotensão), o nervosismo e as infecções como gripes, resfriados, pneumonia, laringite e sinusite. As causas dos problemas uterinos e ginecológicos são atribuídas ao fato de serem mulheres, ao uso de anticoncepcionais e à maternidade. As demais doenças são atribuídas ao excesso de preocupações e de aborrecimentos associados aos afazeres domésticos e ao cuidado com crianças, além do excesso de trabalho. O nervosismo aparece ao mesmo tempo como doença e como causa de doença. Trata-se de uma categoria muito genérica, utilizada principalmente pelas mulheres, que condensa um complexo conjunto de significados que necessitaria um estudo mais minucioso para apreender o seu sentido. Outras causas da doença ocorrida com as mulheres são atribuídas à má alimentação, ao uso de anticoncepcionais e ao clima frio. Dentre o que se considera mal-estar comparecem um conjunto de dores (da coluna, estômago, barriga e nos membros), as cólicas menstruais e o nervosismo. Estes estão associados à tensão, preocupação e cansaço.

Mesmo que os entrevistados indiquem as causas das doenças, quando inqueridos sobre as mesmas, o discurso característico das camadas trabalhadoras sobre o seu estado mórbido não segue a mesma lógica do discurso médico que procura selecionar as queixas, especificar cada sensação, hierarquizá-las e classificá-las para o estabelecimento do diagnóstico.

Sobre os discursos das camadas trabalhadoras a respeito das doenças, as observações de Monteiro (1985) apontam algumas características: "a imprecisão das sensações mórbidas, a ausência de hierarquias entre as diferentes sensações, a associação entre a doença e os problemas pessoais - o trabalho excessivo, a fadiga e as crises familiares; a identificação da percepção do estado mórbido através de circunstâncias que obrigam a alteração do uso instrumental do corpo e a associação da morbidez à imobilidade física e ao sentimento de fraqueza" (Monteiro, 1985).

Para as mulheres, a saúde das crianças não é avaliada com os mesmos parâmetros aplicados aos adultos. Utilizam-se critérios relacionados ao que se considera ser próprio da infância (brincar, sorrir, ser alegre), às suas necessidades biológicas fundamentais

(dormir e alimentar-se bem) e à expressão de um organismo "forte" (robusto) e "corado". Não ter saúde, pelo contrário, geralmente remeta a um criança considerada "fraca" (magra), "triste", "abatida", que "vive chorando" e que não tem apetite".

A saúde das crianças demanda das mães cuidados especiais particularmente com a alimentação, que envolve dietas específicas diferentes dos adultos, pelo menos quando ainda são pequenas. Quando maiores, elas devem estar aptas a se alimentarem da mesma forma que os adultos, embora detenham prioridades no consumo de alimentos portadores de "vitaminas" (frutas e verduras) cujo consumo não se considera muito importante aos adultos.

O consumo do leite é indispensável, considerando-se este um "alimento forte" capaz de fazer crescer o organismo e propiciar "energia" à criança pequena.

Certos aditivos como maizena e o creme de arroz são acrescentados ao leite artificial ou natural (de vaca), sendo avaliados alimentos capazes de nutrir e engordar as crianças<sup>1</sup>.

Outros cuidados são considerados pela mãe indispensáveis para manter a saúde das crianças: ida ao médico e aquisição de remédios, além da higiene e limpeza. Trata-se de concepções difundidas para todas as classes sociais como normas médicas, Embora detenham especificidades nas práticas cotidianas da classe trabalhadora. Nessas práticas, higiene e limpeza associam—se ao bom desempenho da dona de casa, desvalorizando-se a mulher "suja", "descuidada" e "desordeira". Há inúmeras regras de higiene e limpeza aprendidas, tanto no processo de socialização familiar, como por influência da medicina, ainda que elas possam sofrer um processo de reelaboração e de atualização nas práticas familiares.

Higiene e limpeza também incorporam concepções estéticas bastante valorizadas pelas mulheres. Assim, por exemplo, o "brilho" que deve cercar os utensílios da cozinha e o chão da casa muito bem expressa o extremo cuidado da dona de casa na observância daquelas regras. Elas qualificam positivamente a boa dona de casa. Isso também é extensivo aos cuidados com a saúde infantil no que se refere à limpeza corporal, dos objetos e dos utensílios utilizados na sua alimentação, justificados duplamente pela prevenção de doenças e pela beleza propiciada pela limpeza e higiene. Assim, valoriza-se "ter uma criança sempre limpinha" e os cuidados higiênicos com as mamadeiras e roupas utilizadas. Crianças "sujas" indicam descuidos das mães, sendo negativamente avaliados.

Atenção e carinho envolvem tanto os cuidados materiais, como os emocionais, considerados indispensáveis ao desenvolvimento das crianças, sendo que as pequenas são as que mais requerem esses cuidados. Quando maiores, estimula-se a independência da criança dos cuidados maternos, passando a deter responsabilidade precoce.

Assistência médica e compra de remédios podem ser postergados para adultos; para crianças, dificilmente. Os recursos familiares (materiais e afetivos) são mobilizados no caso das doenças infantis e se necessário, recorre-se ao apoio das redes de parentesco e vizinhança.

Há aqui vários motivos subjacentes a essas práticas. As crianças, na hierarquia familiar, são consumidoras mais importantes em relação aos adultos. Elas são tidas como "seres frágeis" mais suscetíveis às doenças e ao mesmo tempo dependentes (especialmente quando ainda pequenas). Há, nesse sentido, a obrigação e o dever moral dos pais em protegê-la, preocupando-se com sua saúde e sua vida, significando a não observância daqueles preceitos uma ética marginal. Como assinala Llovet (1984), "esta moralidade também repercute no que se refere à saúde e talvez com maior intensidade que noutros âmbitos da existência da criança, pois o que está em jogo é a vida".

É também mais legítimo e aceitável à criança ficar doente. Isso ocorre, não apenas porque são seres suscetíveis às doenças, mas devido ao fato de que a posição estrutural-familiar da infância não afeta a sobrevivência básica da família, ao contrário do que ocorre com o pai e a mãe. A doença infantil pouco afeta a reprodução da vida familiar imediatamente apesar de implicar noutros tipos de transtornos.

Quando as crianças ficam doentes, as mães tendem a ficar preocupadas, sendo uma das causas de seu "nervosismo". As mães, diante das doenças infantis, ficam impedidas de cuidar da casa e dos demais filhos, sendo necessário sempre o suporte de parentes ou vizinhos como recurso auxiliar. Nesse evento, os problemas financeiros tendem a se exacerbar pelos gastos extraordinários com medicamentos e transporte para ida ao médico. Contudo, procura-se atender, com prioridade estes gastos adicionais, ainda que sacrificando outros itens de consumo ou procurando obter empréstimos em dinheiro (de patroas ou de parentes).

---

1 Sobre representações e práticas de consumo alimentar entre famílias trabalhadoras ver Canesqui, 1976, 1977 e 1987.



Entre as pessoas da família, as crianças aparecem com a maior frequência de doenças no último ano (41,0%). O elenco de doenças referidas foram as relacionadas ao aparelho respiratório (gripes; resfriados, pneumonia e bronquite), desidratação e outras infecções como as da garganta, intestino e ouvido, alergia e intoxicações alimentares. Ao que se refere ao mal-estar, encontra-se um conjunto de sintomas considerados menos intensos e passageiros como dores de garganta, ouvido, barriga, cabeça, vômitos, desmaio e fraqueza. Ao que parece, há maior distinção entre o que é doença e mal estar com referência às crianças do que entre os adultos, de modo que se procura ser mais preciso na determinação da gravidade e intensidade dos eventos mórbidos, uma vez que a criança pequena não sabe se manifestar e as mães costumam ficar atentas ao que acontece com elas.

As causas atribuídas às doenças infantis são a má alimentação, o clima (frio, vento, calor e a poluição ambiental). Há ainda causas relacionadas à "inveja" e "mau-olhado".

### **3. DOENÇA E TRABALHO**

Quando inqueridos sobre a ocorrência de doenças devido ao trabalho, os homens (66,0%) manifestam maior número de eventos mórbidos do que as mulheres (34,5%). Isso se explica pelas adversas condições de trabalho a que eles estão expostos. São as doenças ocorridas ao longo de sua vida profissional, cuja frequência, em pelo menos uma vez, envolve 58% dos entrevistados. No entanto, as doenças associadas ao tipo de trabalho tendem a ser relegadas no discurso dos homens sobre suas doenças em geral. O elevado número dos que não manifestam a ocorrência de nenhum evento mórbido (34,0%) pode estar indicando a negação de se definirem como doentes, pelas razões já apontadas. Além disso os homens não reconhecem taticamente essas doenças, por razões relacionadas aos riscos da perda de emprego, especialmente na situação de recessão econômica.

Apesar dos riscos que cercam o trabalho doméstico, ao qual vincula-se a grande maioria das mulheres, eles são sempre bem menores do que aos que se expõem os homens. De qualquer modo, as mulheres entrevistadas valorizam o permanecer em casa (80%), afeitas ao trabalho doméstico não remunerado, valorizando os papéis de esposa e mãe de família.

Os tipos de doenças referidas por homens e mulheres, devidas ao trabalho são: dores nas costas e problemas de coluna (40 %), esgotamento e estafa (19%), outras (41%).

A associação mais expressiva entre condições de trabalho e saúde refere-se aos efeitos das condições de trabalho sobre a intensidade e utilização do corpo (excesso de trabalho, posição forçada e levantamento de peso), juntamente com a atuação dos agentes químicos utilizados nos processos de trabalho, responsáveis pelas intoxicações e alergias. São relegadas a segundo plano outras condições adversas de trabalho relativas à insegurança propiciada pelas máquinas e às alterações ambientais (calor, umidade e poeira).

Se, no conjunto das causas de doenças, as variações climáticas aparecem com importância é porque estão atreladas às concepções sobre a força da natureza sobre as condições de saúde e doença. As mulheres, contudo, enfatizam os efeitos dos ambientes frios inerentes aos processos de trabalho sobre os seus organismos, responsabilizando-os pelos resfriados, gripes e reumatismos, ao contrário dos homens. Estes, por sua vez, não consideram resfriados e gripes como doenças. No caso dos acidentes de trabalho, a culpabilidade reconhecida pelos entrevistados diz respeito ao trabalhador (38,5%) ao local de trabalho (31,5%) e ao destino (21,5%). Os acidentes de trabalho são mais reconhecidos do que as doenças ocupacionais, favorecendo ao trabalhador a sua identificação. Ademais, há benefícios sociais relacionados aos acidentes os quais os trabalhadores manipulam um benefício próprio, a despeito de ser afetada a sua saúde. As mulheres revelam a própria responsabilidade pela ocorrência dos acidentes de trabalho (31,5%), apontando ainda a interferência do destino (30%) e ao local de trabalho (25,5%).

A visão sobre a força do destino como responsável pelos acidentes indica a impossibilidade de controlar um conjunto de eventos e de acontecimentos que cercam a vida dos trabalhadores. Assim, ter sorte e ser bem sucedido, se depende de esforço pessoal, também depende do destino, controlado por forças sobrenaturais que o homem não explica. A concepção de acidente acaba incorporando a ocorrência de algo inesperado e imprescindível com a impossibilidade do homem controlar. A culpabilidade novamente recai sobre o indivíduo, portador de certa predestinação. Este raciocínio acaba obscurecendo as inúmeras condições geradoras dos riscos dos acidentes de trabalho.

#### 4. REPRESENTAÇÕES E ASPECTOS SOCIO-ECONÔMICOS E ORGANIZACIONAIS

Dos entrevistados, 77,9% atribuem importância ao auxílio da fé em algum santo ou em Deus às curas de doenças ou mal-estares verificados em sua família. A promessa aparece como via importante de cura para 67,8%. Da mesma forma, o uso de rezas e simpatias aparecem respectivamente em 31% e 37,2% das respostas. Em 66% acredita-se que algum membro da família já foi vítima de doença causada por inveja de alguma outra pessoa, mau-olhado ou quebranto. O feitiço como causa de doença é um fenômeno mais raro, com apenas 25,7% das respostas afirmativas nesse sentido<sup>2</sup>.

No entanto, seria ingênuo imaginar que num contexto urbano complexo camadas trabalhadoras com experiência de vida tão heterogênea partilhem representações homogêneas. No sentido de analisar a distribuição de representações conforme diferentes situações sócio-econômicas e organizacionais tomamos crenças em inveja, mau-olhado e quebranto como causação de doenças de acordo com tipos de famílias conforme a idade dos filhos, idade dos pais da família, procedência rural ou urbana e renda.

Classificamos as famílias em 4 tipos conforme a idade dos filhos (menores de 14 anos, famílias com filhos maiores e menores de 14 anos e famílias sem filhos residindo no lar) a tabela 2 mostra uma maior intensidade desse tipo de crença entre as famílias menores de 14 anos com um índice mais de duas vezes maior do que o verificado entre as famílias sem filhos. Um aspecto importante desse dado refere-se ao caráter programático e concreto do pensamento popular, no sentido usado por Lévi-Strauss(1962). Como a crença é voltada principalmente para as crianças e as doenças infantis, é natural que seja mais intensamente partilhada pelas famílias com filhos menores de 14 anos do que pelas famílias com filhos em outras faixas etárias ou sem filhos. Desse modo, percebemos que a representação popular raramente se refere a uma cosmologia abstrata e geral independente da prática cotidiana.

Considerando isoladamente a idade do casal, verificamos que entre as famílias sem filhos residindo no lar com membros de 40 anos ou mais, 70% deram respostas afirmativas a esse tipo de crença, enquanto as com menos de 40 anos o índice foi apenas 30%.

---

2 Para melhor definição dessas crenças, ver M.S. (1982), *The Social Construction of Health and Illness in Iguape, Brazil*. Tese de doutoramento, Universidade de Manchester, Inglaterra.

**Tabela 2**

Crença em mau-olhado, feitiço, inveja e quebranto como causação de doença x tipo de família conforme a idade dos filhos

Famílias	Nº. Absoluto	Responderam à questão	Sim(A)	%	Não(B)	%	A/B
Sem filhos	33	31	17	58,4	14	45,2	1,21
Com filhos menores de 14 anos	141	138	98	71,01	40	29	2,45
Com filhos de 14 anos ou mais	106	104	62	59,62	42	40,4	1,48
Com filhos menores e maiores de 14 anos	111	107	74	69,16	33	30,8	2,24
Total	391	380	251	66,05	129	34	1,95

Isso significa que famílias mais idosas têm maior propensão em adotar esse tipo de crença, independentemente do fato de ter ou não filhos pequenos.

Um outro fator importante é a origem rural ou urbana da família. Os nossos dados indicam que o fato de pelo menos um de seus membros ter nascido em meio rural significa uma probabilidade 1,42 vezes maior de adotar esse tipo de crença do que entre famílias nascidas em meio urbano.

Levando em conta a influência da renda e do nível educacional, foram escolhidas aleatoriamente 30 famílias de baixa renda (renda per capita menor do que 1/2 salário mínimo e renda familiar menor do que 2 salários mínimos), todos eles também com baixo nível de instrução (sem curso primário completo), o que denominaremos de "B", e 30 famílias de renda relativamente alta (renda per capita maior do que 1 salário mínimo e renda familiar maior que 5 salários mínimos), todos eles com os chefes de famílias possuindo pelo menos instrução primária completa, o qual denominaremos tipo "A". Os seguintes resultados foram obtidos com referência à crença acima referida:

Renda	Sim(a)	Não(b)	A/b
A	15	15	1
B	21	9	2,33

O quadro acima revela que a probabilidade de se encontrar em mães que adotam esse tipo de crença entre famílias tipo "A" é exatamente 2,33 vezes menor do que entre famílias tipo "B", confirmando um forte componente econômico e educacional na sua determinação.

A partir dos dados até agora analisados, é possível extrapolar logicamente que as famílias mais jovens, com menos filhos, com maior renda e com maior nível educacional tenderiam a ter uma visão mais secular e racional (em sentido Weberiano) para a solução de problemas de saúde.

Na tentativa de refinar a conclusão acima, passamos à análise dos resultados de uma outra questão apresentada às famílias entrevistadas, a qual pergunta simplesmente: "Existem doenças que são do corpo e outras que são do espírito?", dando como alternativas as respostas sim e não.

Usando o mesmo critério adotado na questão anterior e as mesmas famílias tipo "A" e "B", os seguintes resultados foram obtidos:

<b>Renda</b>	<b>Sim(a)</b>	<b>Não(b)</b>	<b>A/b</b>
A	19	11	1,73
B	16	14	1,14

Vemos, em primeiro lugar, que esses resultados diferem significativamente dos correspondentes à pergunta anterior, sendo que nessa última questão a correlação a/b para a família tipo "A" é 52% maior do que a correlação para a família tipo "B". Temos, portanto, que se, como vimos anteriormente, as famílias tipo "A" tendem a descartar a crença em mau-olhado, quebranto e inveja, elas ao mesmo tempo, tendem a promover a crença em fatores espirituais (cujo significado encontra analogia em fatores psicológicos ou emocionais) na causação de doenças. Já as famílias tipo "B", por associar, o termo doenças do espírito com a religião e a prática do Espiritismo (algo considerado moralmente ambíguo), relutam em aceitar a sua existência. No entanto, descontada a questão linguística, da mesma forma que as famílias tipo "B", as famílias tipo "A" continuam a acreditar que as doenças não são assunto unicamente relacionados com fatores "materiais". A diferença repousa, no entanto, na expressão formal da crença, onde temas relacionados com comportamentos que podem gerar doenças em outros e por em

perigo a comunidade (inveja, mau-olhado e quebranto) encontram mais adeptos entre as famílias tipo "B".

Da mesma forma e pelo mesmo motivo, os dados encontrados nas famílias "A" e "B" demonstram que fé, promessa e reza como componentes necessários na promoção de cura de doenças são admitidos respectivamente numa proporção 30, 35 e 70% maior entre as famílias tipo "B" do que entre as de tipo "A".

É difícil concluir a partir desses dados se a diferença de crença implica numa diferença de prática. Nada indica, no entanto, que o consumo de agentes religiosos de tratamento de doenças seja menor entre as famílias de maior renda do que entre as famílias de menor renda, o que é compatível com a alta percentagem de famílias de classe média que frequentam centros espíritas e de umbanda (Brown, 1977, e Ortiz, 1977).

## **5. REPRESENTAÇÕES SOBRE SAÚDE E DOENÇAS E ESTRATOS SÓCIO-ECONÔMICOS**

As concepções de saúde também variam conforme o fator renda e nível educacional. Tomando a mesma amostra de famílias tipo "B" e tipo "A", obtivemos os seguintes resultados diante das seguintes questões que foram deixadas abertas para os entrevistados:

"O que é ter saúde?"

"Como se define que um indivíduo esta doente?"

"Porque os indivíduos ficam doentes?"

"O que os indivíduos devem fazer para manter a saúde?"

É importante notar aqui que os informantes tiveram oportunidade de dar mais de um elemento de resposta, com uma média de 1,7 elementos por informante. Em geral, as respostas foram dadas em poucos termos que, por sua vez, foram por nós sintetizados e reagrupadas de acordo com os termos chaves que podem ser expressos nos tipos de resposta obtidos para cada uma das questões, como seguem abaixo:

As respostas obtidas para a primeira questão ("O que é ter saúde?") encontram-se na tabela abaixo.

**Tabela 3**  
Definições de Saúde e Tipo de Família

Definições	Tipo "A"	Tipo "B"
Capacidade de enfrentar a vida, disposição, ânimo para o trabalho	46,15	42,86
Ausência de indisposição, dores e preocupação	12,82	17,14
Comer, dormir e viver bem (alegria, felicidade, harmonia)	41,03	31,43
Outro	0	9,57

Verificamos nesses dados que tanto as famílias tipo "A" com as tipo "B" definem a saúde como sendo principalmente capacidade de trabalho e usufruto da vida. Trata-se de uma definição bastante diferente da prática que essa população encontra na medicina oficial que tende a definir saúde como ausência de quadros biológicos mórbidos. Assim, na concepção popular, a medicina oficial não se encontra equipada para solucionar uma ampla gama de problemas de ordem psicológica e social que envolvem o atendimento de saúde e, conseqüentemente, as causas de doenças, estando apenas aparelhada para restaurar rapidamente a capacidade de trabalho. Nesse sentido, os espaços relativos à convivência social com os concomitantes pressupostos morais e religiosos onde a saúde tem participação de fundamental importância são preenchidos principalmente pela medicina não-oficial religiosa.

Notamos também nas respostas acima uma maior ênfase em noções de bem estar, alegria, felicidade e harmonia entre as famílias tipo "A". Isso não surpreende, uma vez que é mais provável encontrar preocupações com essas noções quando ocorre um excedente econômico que transcenda a preocupação mais imediata com a sobrevivência.

Esse fato é confirmado por outras pesquisas realizadas em outros contextos como, por exemplo, Giovanni (1984), Boltanski (1979) e d'Houtand & Fiel (1984). Essa última, em particular, demonstrou que na região de Lorraine, França, as camadas sociais média e alta emitem uma concepção de saúde em que se verifica uma realização do "ego" pelo "ego", envolvendo termos como alegria, felicidade e amor, enquanto, entre as camadas de trabalhadores manuais, se verifica uma concepção em que ocorre uma integração do "ego" na sociedade, envolvendo o cumprimento de tarefas que a sociedade demanda dos indivíduos. Nesse último caso, saúde envolve necessariamente capacidade de trabalho.

De acordo com d'Houtand & Field, o primeiro tipo de representação refere-se a atividades com um fim em si mesmo, enquanto o segundo a atividades orientadas em direção a um fim outro que a si mesmo. Assim, a conclusão dos autores é que para as camadas sociais privilegiadas, saúde é apropriada pelos indivíduos e doença atribuída ao estilo de vida imposto pela sociedade. Nas camadas sociais baixas, saúde, pelo contrário, é utilizada para o benefício dos propósitos sociais; ela é alienada do indivíduo.

Os nossos dados permitem supor que as conclusões acima são bastante próximas do que se poderia encontrar em Campinas se a pesquisa levasse em conta camadas sociais médias e altas. As camadas trabalhadoras com um nível de vida um pouco melhor ("tipo "A") tendem de fato emitir uma representação mais "hedonista" de saúde do que as camadas mais pobres, embora uma proporção significativa entre elas também emitiram uma concepção voltada para um fim valorizado pela sociedade, ou seja, o trabalho. Na maioria dos casos, os dois tipos de representação aparecem conjuntamente entre as famílias tipo "A".

As respostas obtidas para a segunda questão ("Como se define que um indivíduo está doente?") encontram-se na tabela abaixo:

**Tabela 4**  
Definições de doença e tipo de família

Definições	Tipo "A"	Tipo "B"
Alteração sintomática individual física e/ou psicológica: não comer e/u dormir bem, sofrer dor, mal estar ou indisposição	57,14%	44,12%
Alteração no comportamento: desânimo, tristeza, incapacidade de trabalhar, passear ou se divertir	37,14%	52,92%
Outro	5,72%	2,94%

Esses dados mostram que a alteração sintomática e a comportamental são importantes tanto para as famílias tipo "A" como para as tipos "B" na definição de que um indivíduo está doente. No entanto, o tipo "A" enfatiza o primeiro aspecto enquanto o tipo "B" enfatiza o segundo. A variação percentual de 13 a 16 pontos encontrada nesses dados é suficientemente significativa para apontar uma diferença que as famílias de menor renda tendem a considerar a doença menos pelo sintoma mórbido percebido no processo biológico do que por uma alteração comportamental.



Uma interpretação bastante plausível para esse fenômeno foi fornecida por Boltanski (1979) que salientou o baixo nível de atenção das classes sociais populares às disfunções organicamente localizadas devido à pobreza conceitual na percepção do próprio corpo pelo seu mais baixo capital taxonômico. Nesse sentido, as camadas sociais com maior qualificação profissional, maior nível de instrução e, conseqüentemente, maior renda, pelo contrário, estão mais sujeitas a absorver a difusão empreendida pela medicina oficial, justamente pela maior capacidade linguística. A proposição de Boltanski é interessante porque mostra a força das palavras e conceitos na determinação da sensibilidade e dos sintomas. Portanto, o aumento da renda familiar, acarretando condições mais estáveis de sobrevivência, permite uma maior exposição à difusão normativa e seus inúmeros sinais biológicos de saúde e de doença.

Além disso, é forçoso reconhecer que entre as camadas de menor renda é mais provável haver uma consciência familiar como unidade corporada justamente por ser esta unidade indispensável para a estratégia da sobrevivência. Nesse caso, a doença é percebida fundamentalmente como uma alteração comportamental porque ela implica uma séria ruptura de ordem social e familiar com inevitável queda no reduzido poder aquisitivo. Assim, uma difusão orgânica, mesmo quando grave, desde que não impeça um indivíduo de continuar trabalhando, tende a não ser considerada propriamente uma doença entre essas camadas. Isso ocorre principalmente quando envolve o homem que é o provedor mais importante de recursos financeiros para a manutenção familiar. Portanto, a ênfase dada às alterações sintomáticas pelas famílias tipo "A" é às alterações no comportamento pelas famílias tipo "B" encontradas acima não surpreendem.

As respostas obtidas para a terceira questão ("Porque os indivíduos ficam doentes?") encontram-se na tabela a seguir:

**Tabela 5**

Causas de doenças e tipos de família

Definições	Tipo "A"	Tipo "B"
Comportamento individual abusivo, descuidado, extravagante (comer demais inapropriadamente, faltar com higiene, beber, fumar etc.)	12,43	31,04
Condições inadequadas de vida (alimentação fraca, falta de dinheiro, excesso de trabalho, poluição, agitação dos dias atuais etc.)	42,86	31,04
Porque Deus quer, destino, natureza, hereditariedade etc.	13,29	18,24
Por causa do tempo ou clima	8,57	11,34
Desequilíbrio psicológico, desgosto, nervoso	20,00	3,45
Outro	2,85	4,89

Verificamos nessas respostas que as famílias tipo "B" tendem a interpretar tanto as condições inadequadas de vida como os comportamentos considerados impróprios como os principais fatores que causam a doença. Quanto a essa última interpretação, é importante observar que ela ocorre 2,7 vezes mais entre as famílias tipo "B" do que entre as tipo "A". Uma interpretação plausível para isso é que, premida por condições precárias de sobrevivência, a família trabalhadora de baixa renda interpreta de modo bastante desfavorável os componentes morais do indivíduo que podem comprometer o provimento da família e a produtividade do trabalho. Se um chefe de família nessa circunstância começa a fumar ou beber um pouco além da conta ele estará impedindo a sua família o acesso ao consumo de bens necessários para a manutenção de um padrão mínimo de sobrevivência. Portanto, não causa surpresa encontrar entre essas famílias um código moral bastante rígido onde um desvio comportamental que implique em gastos é percebido como um fator importante de causação de doenças.

A maior ênfase das famílias tipo "A" nas condições inadequadas de vida como um fator que leva à doença pressupõe uma visão-mais nítida do social e do seu peso na determinação da doença.

Recorrer a Deus, ao destino, à natureza ou à hereditariedade como fatores fundamentais na causação de doenças demonstra uma resignação passiva frente à doença. Essa resignação é própria de uma mentalidade habituada a constantes imprevistos incontrolláveis na situação de vida, como é o caso das populações camponesas que, sem os meios de controle encontrados num contexto urbano, se resignam aos caprichos da

natureza (Weber, 1971). No nosso caso, as populações de baixa renda, além de realmente viverem num contexto economicamente instável, são, com maior probabilidade do que as famílias tipo "A", imigrantes mais recentes da zona rural. Não é surpresa, portanto, que essas camadas interpretem dessa forma a doença de um indivíduo.

O tempo e o clima como fatores que causam doença são categorias provenientes de uma medicina popular não religiosa e tradicional que ainda encontra ressonância principalmente entre a população imigrante da zona rural.

Desequilíbrio psicológico, desgosto e nervosismo foram considerados causas principais de doenças numa proporção significativa apenas pelas famílias tipo "A". Para as famílias tipo "B", esses fatores, embora reconhecidos, não chegam a ser percebidos como agentes causadores de doenças propriamente ditos. Isolá-los como causas específicas de doenças nos parece análogo à percepção do próprio corpo como entidade isolada portadora tanto de saúde como de doença mais ou menos independentemente do corpo social e familiar que o cerca. Trata-se de uma representação que implica numa ideologia mais individualista que percebe o indivíduo como a causa de si mesmo para bem ou para mal. Essa ideologia acompanhou na história o processo de urbanização, industrialização e racionalização do comportamento humano. Weber (1966) demonstra com muita acuidade o processo no qual o indivíduo passa a se considerar responsável por suas ações independentemente do meio em que vive. A concentração da atenção em si mesmo, com ênfase no poder ativo individual de transformar, seja pelo trabalho, seja por um apparatus moral-religioso, o meio social e familiar que o circunda, faz com que as condições inadequadas de vida desapareçam como agentes reais causadores de doenças e dificuldades. O desequilíbrio psicológico surge então não só como o principal motivo de doença como se transforma ele mesmo em doença.

## **6. REPRESENTAÇÕES E AVALIAÇÕES SOBRE AGENTES E SERVIÇOS DE SAÚDE DA MEDICINA OFICIAL**

A oferta de serviços de saúde disponível para as camadas de baixa renda de Campinas envolve basicamente dois setores distintos, um formado pela rede pública e previdenciária, compondo um importante aspecto de medicina "oficial" que agrega ainda o farmacêutico, e outro formado por instituições religiosas (basicamente a Umbanda, o

Espiritismo, o Pentecostalismo e outras seitas protestantes) e agente autônomos religiosos (basicamente a benzedeira), compondo um importante aspecto da medicina "popular". Um outro lado importante da medicina "popular" corresponde a uma prática familiar (envolvendo o uso de ervas medicinais, dietas, restrições comportamentais etc.) provenientes de uma tradição cultural de caráter informal e independente de qualquer vínculo institucional.

Prentende-se analisar neste tópico os agentes e as modalidades de prestação de serviços médicos mais significativos consumidos pelas famílias estudadas.

### **6.1. O Médico**

O médico é unanimemente reconhecido como o agente de saúde mais prestigioso da medicina oficial. A ele se recorre na maioria dos casos de doenças consideradas mais graves coimo por exemplo as infecções e outras doenças que causam sintomas agudos. Entre as crianças, pela sua maior fragilidade, mesmo os casos considerados menos graves como os problemas intestinais e as dores de ouvido ou garganta são levados à sua presença. Uma vez estabelecida a primazia da medicina oficial na resolução do problema, a escolha do bom médico passa a ser uma decisão importante que algumas vezes chega a condicionar a procura dos serviços de saúde (Posto de Saúde, Hospital Universitário, Posto do Inamps).

Na grande maioria das vezes, o uso de médicos ocorre basicamente através do Inamps, dos centros e Postos de saúde estaduais ou municipais e dos Hospitais Universitários. O recurso ao médico particular é bastante restrito em função do preço inacessível da consulta. No entanto, a maioria dos entrevistados afirmaram que recorreram a eles recentemente. A tentativa de solucionar um problema crônico não resolvido pelos médicos da rede pública ou do Inamps é o motivo mais freqüentemente alegado para a procura de um especialista particular. As expectativas de vantagem nessa procura se traduzem num maior tempo de consulta e, conseqüentemente numa maior atenção e meticulosidade no exame clínico, o que se espera reverter numa maior resolutividade do problema. No entanto, a opinião generalizada a respeito dos médicos particulares é que, embora melhores, eles são para quem pode e não para os pobres.

Para a maioria da população entrevistada, o bom médico é aquele que examina o paciente. Essa expectativa é significativa diante do fato de que o atendimento pela rede oficial de prestação de serviços médicos é geralmente realizada num tempo bastante reduzido, sem possibilidades para que o médico possa executar um exame clínico mais cuidadoso. Nesse sentido, essa avaliação transforma-se também numa reivindicação e numa crítica aos serviços de saúde disponíveis.

Em segundo lugar, próximo da questão do exame clínico, aparece o problema da comunicação do médico com o paciente. Nesse sentido, é considerado um bom médico aquele que trata cordialmente o paciente. Essa expectativa tenta minimizar a grande distância social, o autoritarismo e as distorções que ocorrem na relação médico-paciente nas instituições "oficiais" de saúde. Isso confirma em parte a constatação de Boltanski (1984) de que os membros das classes populares tendem a escolher seus médicos numa base mais emocional do que intelectual, ao contrário do que ocorre com os membros das classes superiores que o fazem com base em titulação e reputação. Numa pesquisa realizada em Belo Horizonte, Siqueira (1985) também encontra essa tendência como predominante na escolha de médicos por camadas trabalhadoras.

O saber aparece em terceiro lugar como condição imprescindível para a definição de um bom médico. Prescrever o remédio certo para a doença certa é o modo pelo qual o saber do médico é conferido. O saber é considerado uma condição que se contrapõe à intuição ou ao dom exigidos do agente de cura religioso.

Em quarto lugar, aparece a disposição do médico em pedir muitos exames, principalmente aqueles que envolvem maior tecnologia do processo de trabalho médico, passando a eficiência do ato médico a depender da tecnologia empregada e não do exame minucioso.

A prescrição de muitos medicamentos e o aconselhamento minucioso pelo médico não chegam a ser considerados muito importantes. Isso significa que se espera uma solução simples para o problema da doença que envolva poucos medicamentos a um custo não muito alto e poucos conselhos que poderiam alterar a rotina de vida. É interessante notar nesse particular que a prescrição de medicamentos fortes de largo espectro é uma prática que está se tornando indissolúvel com a prática médica dirigida às camadas trabalhadoras. Nesse sentido, Siqueira (1985) revela em seu estudo que 70% dos pacientes previdenciários recebem prescrição de medicamentos, enquanto só a metade dos pacientes particulares e de empresa médica recebem.

Quanto a receber conselhos que poderiam alterar a rotina de vida, é evidente que as camadas trabalhadoras não têm muita opção nesse aspecto na medida em que a sua rotina de vida é rigidamente moldada pelas condições de luta pela sobrevivência. Recompôr as forças necessárias para o trabalho o mais rápido possível é a condição primordial que se espera de um tratamento médico.

Com relação ao último tratamento médico diante de doença ocorridas, verificamos que os resultados positivos (melhorou bastante e ficou curado), com 51,9% das respostas, não chegam a ser muito expressivos. Os resultados negativos (melhorou pouco, permaneceu no mesmo estado, piorou pouco e piorou bastante) com um índice global de 40,5%, pelo contrário, são significativos. É provável que a discrepância entre o esperado e o conseguido promova condições para a procura de alternativas na medicina religiosa e caseira.

Um outro aspecto importante decorrente do tratamento médico é o fato de se segui-lo ou não. Com respeito ao último tratamento médico, 12,72% dos indivíduos não seguiram o tratamento médico para casos de doenças e 17,41% para os casos de mal-estares. Esse índice é maior no caso de homens (17,6% e 27,1% respectivamente) e mulheres (18,2% e 20%). Temos evidência, no entanto, que, para a maioria dos entrevistados, seguir um tratamento médico quer dizer segui-lo ainda que somente em parte.

Entre os motivos alegados para o não seguimento do tratamento, a falta de recursos financeiros é o fator preponderante, sendo também importantes a influência de agentes de cura e a auto-avaliação, positiva ou negativa, do tratamento.

## **6.2. O Farmacêutico**

O declínio da profissão do farmacêutico ocorre em todo o lugar onde se verifica a presença de médicos e de um sistema organizado de saúde. Somente quando da ausência ou do acesso difícil a estes últimos, o farmacêutico é visto como possuidor de informação especializada em medicina e medicamento com habilidade de diagnosticar e tratar doenças. Principalmente quando as drogas eram manipuladas artesanalmente e feitas especialmente para o paciente, o farmacêutico era considerado alguém capaz de efetivamente curar doenças. No entanto, com a industrialização cada vez mais intensa dos medicamentos e com a presença de médicos, o papel do farmacêutico se restringe ao

de um mero vendedor de remédios, ou um homem de negócios, ao invés de um profissional. Além disso, raramente o dono de uma farmácia conta com um diploma que o habilite a desempenhar a sua função, tendo apenas uma caução de um profissional formado que, em realidade, não desenvolve nenhuma função na farmácia.

A avaliação do farmacêutico pelas famílias estudadas é a de agente útil para o processo de cura, com experiência prática e que pode, algumas vezes, substituir o médico. No entanto, em termos práticos, a grande maioria dos entrevistados restringe o seu consumo ao de um mero vendedor de remédios que eventualmente pode aconselhar sobre o uso dos mesmos. Nesse sentido, o farmacêutico pode adaptar as receitas médicas tendo em vista a falta de recursos para adquiri-los como também priorizar aqueles medicamentos da receita médica que são indispensáveis em relação a outros menos importantes para o paciente.

Difícilmente o farmacêutico é solicitado para realizar uma consulta, a não ser para sintomas simples como dores de ouvido, dente, estômago, cabeça, ou ainda, para problemas que não chegaram a se desenvolver como doença, como, por exemplo, prisão de ventre, cólicas menstruais etc. Evidentemente, esse quadro comporta exceções e é de se esperar que casos graves podem também chegar ao farmacêutico. Se no entanto, não se considera inteiramente legítimo ao farmacêutico entender de doenças, a ele se atribui a qualidade de entender de remédios industrializados. Nesse sentido, não é raro ocorrer consultas tipo "gostaria de comprar remédios para dor de estômago e esperar que o farmacêutico ofereça um que solucione rapidamente o problema. É importante lembrar também que a compra de medicamentos a crédito é um recurso amplamente empregado muitas vezes indispensável para o tratamento médico. Isso faz do farmacêutico um agente muito mais próximo da comunidade para o qual presta serviços do que os médicos ou qualquer outro agente da medicina oficial.

Os nossos dados indicam ainda que, se a grande maioria dos entrevistados consomem os produtos e serviços do farmacêutico, com uma certa regularidade (basicamente compra de remédios industrializados e aplicação de injeções), apenas 15% deles utilizam esse serviço incluindo também uma consulta mais elaborada.

O uso do farmacêutico para uma consulta mais elaborada é pouco significativa em relação ao que certamente representava há muito tempo atrás, sendo que ela é maior entre as famílias de menor renda per capita (18,13%), o que não causa surpresa (Tabela 6). As justificativas encontradas para a consulta apontam a maior facilidade de acesso

daquele agente em relação ao Posto de Saúde ou do Inamps, envolvendo inclusive o custo de transporte e a proximidade da residência.

Embora o consumo dos serviços oferecidos pelo farmacêutico esteja em retração diante do maior acesso à rede oficial de prestação de serviços médicos, este agente ainda desempenha um papel importante na indicação do remédio a ser vendido. Em 21,57% dos casos a sua influência é citada como decisiva na aquisição de medicamentos industrializados. No entanto, com 37,82% das respostas, alto-indicação aparece como a prática mais comum no uso de medicamentos. Somada à indicação de familiares e conhecidos, essa prática ultrapassa 50% dos casos. É bastante provável que uma proporção considerável dos remédios consumidos sob esta influência sejam medicamentos populares que compreendem as vitaminas, os fortificantes, os analgésicos e os remédios para gripe e tosse. Nesse caso, é evidente a influência exercida pela propaganda.

A maior parte dos entrevistados (78,3%) guardam remédios em casa ou porque os estavam consumindo durante a época da entrevista ou porque já terminaram o tratamento tendo sobrado parte do medicamento, ou ainda porque esperam vir a precisar do medicamento em caso de emergência. Os analgésicos, anti-térmicos, vitaminas, calmantes, antibióticos e xaropes são pela ordem os mais freqüentemente encontrados. Em menor proporção, aparecem pela ordem de importância os anti-inflamatórios, os anti-hipertensivos, os anti-histamínicos e os descongestionantes. O prestígio dos remédios industrializados é alto entre a população entrevistada, sendo que em 95,69% dos casos ocorre uma rejeição da possibilidade desses medicamentos não poderem curar doenças em geral. A sua eficácia é considerada intrínseca e independente de elementos religiosos ou qualquer tipo de disposição interior, como, por exemplo, a fé. Somente 7,11% das respostas condicionam a fé como elemento imprescindível para a cura.

É importante destacar nesse sentido que o papel desempenhado pelo farmacêutico não tem nada a ver com religiosidade e muito pouco a ver com a medicina caseira tradicional que emprega ervas e raízes medicinais. Assim, o farmacêutico está (como sempre esteve) associado ao segmento oficial e moderno da medicina. Ele se contenta em ser um mero substituto do médico e cede o espaço de consultor clínico quando este se torna acessível.





**Tabela 6**

Consulta com farmacêutico x salário mínimo per capita familiar

		Até 0,5 s.m.	De 0,6 a 1 s.m.	De 1,1 a 2 s.m.	De 2,1 a 3 s.m.	De 3,1 a 5 s.m.	Mais de 5 s.m.	Total
Sim	Nº.	31	20	5	1	0	0	57
	%	18,13	15,27	7,04	7,14	0	0	14,43
Não	Nº	140	111	66	13	5	3	338
	%	81,87	84,73	92,96	92,86	100	100	85,57
Total	Nº	170	131	71	14	5	3	395
	%	100	100	100	100	100	100	100

**6.3. Os Postos e Centros de Saúde**

Os Postos de Saúde municipais, estaduais e universitários (pertencentes à PUCC) concentram a sua oferta de serviços médicos para gestantes, nutrizes e crianças. Atualmente, esta oferta se estende também aos homens e mulheres em geral. Esse serviço tem se expandido nos últimos anos nos bairros periféricos, facilitando o acesso das camadas de baixa renda. Dentre os bairros pesquisados, 53% dispõe de postos de saúde cujo acesso é bastante rápido, não dependendo o usuário do emprego de qualquer meio de transporte.

Embora também aberto à população masculina adulta, são as mulheres e as crianças de até 4 anos as que mais usam esse serviço. De acordo com os entrevistados, cerca de 67% dos casos correspondem a esta categoria, sendo que crianças de 4 a 15 anos correspondem a 37% e os homens adultos a apenas 6%. O horário de funcionamento, coincidindo com o horário de trabalho, e a tradição dos postos em oferecer serviços destinados a mulheres e crianças talvez expliquem a pouca presença dos homens adultos entre os usuários do posto de saúde, além do fato destes habitualmente recorrerem ao Inamps e os serviços médicos da empresa.

A grande maioria dos entrevistados considera o serviço oferecido pelos postos de saúde indispensável, especialmente aqueles que não dispõem de acesso à medicina

previdenciária. A grande maioria também considera este serviço de boa qualidade. Entre os pontos favoráveis apontados situam-se a sua proximidade, a sua facilidade atendimento e a boa qualidade de suas consultas. Entre os pontos desfavoráveis apontados situam-se a demora no atendimento e a falta de médicos especialistas.

Os serviços prestados pelos postos de saúde considerados mais importantes e mais usados são pela ordem de importância a consulta com clínico geral, a vacinação infantil, a consulta com pediatra, os exames laboratoriais e a distribuição de remédios. A consulta com ginecologista, o exame pré-natal, o exame papanicolau, a orientação de métodos anti-concepcionais e a distribuição de leite para crianças, embora numa escala menor, são também considerados importantes.

Apesar de não ser possível escolher o médico, o que os entrevistados consideram um ponto desfavorável, o posto de saúde desperta confiança na maioria das famílias entrevistadas, envolvendo tanto o serviço médico como o de enfermagem.

Os que afirmam não ter confiança nos médicos do Posto alegaram como principais a pressa e a falta de atenção e cuidado com os que são atendidos. O fato do Posto de Saúde não ter uma ampla variedade de especialistas e não contar com aparelhos de diagnóstico sofisticados é também considerado um ponto fraco em relação ao Inamps. Existe, nesse sentido, uma opinião consolidada de que o Posto de Saúde em geral não se encontra capacitado para resolver todos os problemas de saúde que afligem os usuários.

Quanto ao que deveria ser feito para melhorar os serviços oferecidos pelo Posto de Saúde, a grande maioria das respostas dizem respeito às filas e à demora no atendimento. Assim, o aumento no número de Postos ou a dilatação no horário de atendimento foram as soluções mais freqüentemente citadas. A maior disponibilidade de remédios e de leite para as crianças de até 4 anos ao invés de 1,5 anos foi um outro item também bastante reclamado.

Quanto à consulta, existe uma reivindicação, presente mesmo entre os que consideram bom o atendimento, no sentido de receber mais atenção por parte do médico, envolvendo um exame clínico mais minucioso com mais perguntas sobre o problema reclamado. A não resolutividade do problema, levando o paciente a concluir que houve um erro no diagnóstico, é o principal motivo pelo qual se perde a confiança no médico. É a partir desta constatação que se constroem as justificativas de que não houve um exame clínico adequado, de que a consulta foi muito rápida ou ainda de que se encaminhou desnecessariamente ao especialista.

De um modo geral, apesar da maioria da população entrevistada considerar os serviços prestados pelo Posto de Saúde de boa qualidade, e os médicos, de confiança, um número significativo de entrevistados considera ainda as informações sobre a doença prestadas pelo médico insuficientes. Uma explicação para este dado, além, evidentemente, do tempo exíguo que o médico dispõe para a consulta é talvez a distância social e cultural existente entre o médico e seus pacientes, provocando com isso dificuldades de compreensão mútua.

#### **6.4. O Inamps**

Apesar de criticar o Inamps, a grande maioria da população entrevistada o considera um serviço indispensável e insubstituível. Uma vez que tanto a medicina de grupo como a particular são pouco utilizadas pelas famílias entrevistadas, a única comparação ao serviço prestado pelo Inamps é o prestado pelo Posto de Saúde. Em relação a este, o Inamps apresenta uma avaliação mais favorável em função dos seus maiores recursos e de concentração de capacidade. Assim, diante do fato do Inamps contar com maior sofisticação de meios diagnósticos e terapêuticos, ele é definido como um serviço que oferece possibilidades mais amplas. Reforça esta definição o fato dos médicos do Inamps serem considerados especialistas, ou seja, de habilidades mais especificamente dirigidas aos problemas apresentados pelo paciente. No entanto, como a expectativa em relação ao Inamps é maior, as críticas que ele recebe são também mais intensas.

A principal crítica dirigida ao Inamps refere-se à demora para se obter uma consulta. Reduzir as filas de espera ou agilizar o atendimento correspondem a 85% das soluções encontradas à questão "Como melhorar o atendimento no Inamps?" Este problema revela-se o mais exasperante dos enfrentados pela população, a ponto de esconder os mais especificamente relacionados com a consulta médica e com o atendimento em geral. O fato do Posto de Atendimento do Inamps ser geralmente distante da residência das famílias entrevistadas, situando-se no centro da cidade, representa também uma fonte adicional de dificuldades, uma vez que elas dependem de meios de transporte para lá se dirigirem.

Os serviços prestados pelo Inamps considerados mais importantes e usados são, pela ordem de importância, a consulta com o especialista, e com o clínico geral, o pedido de

exames laboratoriais feitos pelos médicos do Posto de Saúde e a consulta com cirurgiões. Num segundo plano, aparecem o pedido de atestado médico, os exames especializados, os remédios, a assistência a acidentes de trabalho e a reabilitação.

A maior diversidade de médicos do Inamps em relação ao Posto de Saúde permite a possibilidade de se marcar consulta com médico da preferência do paciente. No entanto, nem sempre isso é possível de se conseguir, uma vez que o usuário pode ser alocado ao médico que tem maior disponibilidade.

Provavelmente devido à sua maior complexidade organizacional e ao maior número de pacientes que procuram por seus serviços, o atendimento prestado pelo Inamps é bastante criticado tanto no que diz respeito ao pessoal de enfermagem como aos médicos. Vale ressaltar que para a maioria da população estudada, pessoal de enfermagem significa indistintamente enfermeira, auxiliar de enfermagem e atendente. Mais da metade das entrevistas ressaltam que esse pessoal seria pouco atencioso no trato com os pacientes, sendo que a reivindicação mais freqüente nesse sentido é receber um atendimento calmo e paciente.

Quanto à avaliação dos médicos do Inamps, ela é para a maioria dos entrevistados inconclusiva, sendo que uns são considerados bons e outros ruins. Trata-se de uma avaliação bem mais negativa do que os médicos dos Postos de Saúde. Entre outros fatores, é provável que o maior sacrifício que o consumo do serviço prestado pelo Inamps exige em termos de acesso e de espera de atendimento seja importante na determinação dessa avaliação. É evidente também que o tratamento de doenças mais graves (que se inclui no âmbito de serviços prestados pelo Inamps) têm um grau de resolutividade menor, e, conseqüentemente gera uma maior probabilidade de insatisfação.

O índice de insatisfação quanto à última consulta médica no Inamps foi grande, correspondendo aproximadamente a 40% das entrevistas, sendo que os principais motivos alegados foram a demora para ser atendido, o pouco tempo dispensado pelo médico para o exame clínico e a falta de polidez e atenção dos médicos e do pessoal de enfermagem. Já o índice de satisfação com a última consulta médica foi de 60%, sendo o principal fator positivo apontado o fato do médico ter indicado remédios adequados que acabaram por controlar o problema ou curar a doença.

Quanto ao aspecto de ser melhor informado pelos médicos a respeito de sua doença, a maioria dos entrevistados gostaria que isso tivesse acontecido, considerando que ocorrem problemas de comunicação devido à escassez do tempo de consulta e, em

menor escala, devido à dificuldade de entender e responder às perguntas e solicitações dos médicos. Não houve reclamações a respeito do horário de funcionamento dos Postos do Inamps.

No que diz respeito à parte técnica do tratamento médico, as insatisfações foram menores, com a maioria dos entrevistados apresentando uma avaliação positiva. Uma proporção significativa de clientes revelaram, com relação à última consulta no Inamps, que não puderam seguir o tratamento devido à impossibilidade de comprar os medicamentos necessários.

### **6.5. Os Hospitais**

Internação em hospital é um acontecimento cada vez mais freqüente entre famílias de baixa renda, principalmente em função do tipo de medicina centrada no hospital que vigora na política nacional de saúde e que se convenia com o Inamps. Na nossa amostra, só uma minoria das famílias entrevistadas não teve pelo menos um de seus membros internados em algum hospital no último ano. Entre as causas de internação predominam o parto, as operações cirúrgicas diversas e a desidratação infantil. Na maior parte das vezes, não se escolhe o hospital para a internação, sendo feita através da rede conveniada com o Inamps.

As críticas ao atendimento hospitalar foram bem menores do que as referidas ao Posto de Saúde e ao Inamps. A grande maioria dos entrevistados afirmaram ter confiança nos médicos que os atenderam da última vez, sendo que a totalidade deles considera que não poderia ter sido feito outro tipo de tratamento ao invés da cirurgia. A operação cirúrgica aparece assim como uma intervenção que pode, sem grande demora, recapacitar o indivíduo para o trabalho sendo, por isso mesmo, um ato médico valorizado pelos pacientes, a despeito de seus temores. A única crítica mais significativa que transpareceu nas entrevistas diz respeito aos dias de internação, considerados insuficientes.

## 6.6. Os Hospitais Universitários

O funcionamento dos hospitais universitários só apresenta um tipo de crítica mais consistente. Trata-se do rigor considerado excessivo no controle do horário de visitas de parentes e amigos do paciente. No entanto, mesmo dentro de uma avaliação geral positiva, onde os entrevistados encontram dificuldades em sugerir maneiras de melhorar o atendimento hospitalar, um número significativo de entrevistados gostaria de ser melhor informado a respeito da doença que resultou na internação hospitalar.

O uso do hospital de Clínicas da Unicamp revelou-se não muito significativo na nossa amostra, talvez em função da distância e do acesso mais difícil do que os Postos de Saúde e do Inamps. No entanto, os que o consomem, principalmente entre a população não previdenciária, fazem dele uma avaliação bastante positiva, particularmente quanto ao atendimento e a parte clínica. A única ressalva é a distância física do hospital, exigindo, na maior parte das vezes, o uso de pelo menos dois ônibus e, também, a distância entre o pedido e a consulta que pode demorar algumas semanas ou meses.

Para o atendimento do processo de avaliação dos serviços oficiais de saúde por parte de uma população trabalhadora é necessário introduzir a expectativa dessa população no que ele entende por um ato de benevolência do Estado ou um serviço que tem por direito. No Estado burocrático autoritário brasileiro, o desenvolvimento de todos esses serviços foi de um modo ou de outro caracterizado como atos de benevolência outorgados pelo Estado. Os segmentos sociais que pressionaram para a sua implantação estão longe de compreender uma parte significativa da população. No entanto, é evidente que alguns serviços são percebidos como um direito maior do que outros. O Inamps, por exemplo, é um seguro social pago mensalmente pelos trabalhadores, enquanto os Postos de Saúde e os hospitais universitários o são apenas por via indireta através dos impostos invisíveis que incidem sobre o sistema produtivo e distributivo da economia. Talvez por isso se espera do Inamps mais do que dos outros serviços médicos públicos, produzindo conseqüentemente uma avaliação também mais rigorosa das suas condições de funcionamento e de oferta de serviço. O hospital é um caso a parte porque, embora conveniado com o Inamps, se insere num contexto mais dramático de resolução de um problema difícil como o parto ou grave como a maior parte das cirurgias. De qualquer maneira, como têm observado outras pesquisas, esses serviços são aceitos porque o público não vê outra alternativa.

## **7. AVALIAÇÃO DOS AGENTES E DOS SERVIÇOS DA MEDICINA "POPULAR"**

Antes de focalizar o problema da medicina religiosa propriamente dita é necessário tecer algumas considerações sobre o problema da religião. É necessário dizer em primeiro lugar que o nosso entendimento de religião não é aquele empregado por Weber (1966) que a definiu como um sistema permeado por uma ética relacionada com uma realidade econômica que, por sua vez, condiciona ações sociais. Nesse sentido, apenas as grandes religiões, como o Budismo, o Hinduísmo e o Cristianismo, por exemplo, poderiam apresentar tal ética econômica. Já a religião dos trabalhadores urbanos brasileiros, analogamente a dos camponeses, teria em situação normal poucas condições de desenvolver um comportamento ético racional e sistematizado. Assim, as expressões de religiosidade estariam mais próximas da magia e, a rigor, dentro da concepção Weberiana, não poderiam ser chamadas de religião.

### **7.1. Medicina Popular Religiosa: Aspectos Teóricos**

O nosso ponto vista provém de uma linha de estudos baseada originalmente em Durkheim (1957) que considera religião um campo dependente da ordem social que a engendra, refletindo muito das suas estruturas subjacentes. Nesse sentido, o sistema social provê o limite para qualquer cosmologia, religião ou sistema classificatório, e, assim, a complexidade da classificação do mundo depende inevitavelmente da complexidade da estrutura social.

Evidentemente, essa postura inicial foi desenvolvida e refinada por muitos estudos desde Durkheim, inclusive, com uma abertura às posições Marxistas como é o caso de Bourdieu (1975) que, num contexto capitalista, percebe o campo religioso como um mercado de bens simbólicos cujo consumo não exige necessariamente um comportamento ético. No Brasil, Monteiro (1982) estudou o fenômeno da grande expansão de clientela flutuantes e transitórias "que não têm dúvidas em somar eficácia dos produtos de empresas de tradições diferentes senão antagônicas". Assim, a clássica função das religiões, ligadas à construção de mundos com sentido, foi suplantada pela função de controle das incertezas numa indiferenciação que não abriga drama de consciência, mas que há ansiedade, carências e procura de soluções parciais para problemas parciais. Numa postura mais



próxima do idealismo Weberiano, Alves (1982) questiona inclusive se essas práticas podem com justiça serem denominadas religiosas.

Estudando como as medicinas tradicionais na Índia se compõem como medicina alopática sob o ponto de vista das práticas populares, Beals (1976) mostra que o fenômeno do consumo cultural popular com o sentido exposto acima é na verdade um fenômeno universal dentro do capitalismo. Lá também não existe um processo de conversão de um tipo de tratamento médico para outro. Os indivíduos não ficam desgostosos com a medicina "folk" e passam a adotar a medicina alopática ou a medicina a médica, mas eles procuram ao mesmo tempo as várias medicinas, ou quando muito adotam uma medicina para um conjunto de males e outra para outro conjunto.

Esses e muitos exemplares de pesquisa relacionadas com religiões e medicinas populares mostram que elas se conjugam com a medicina oficial num processo em que ambas as formas, tendo sofrido a intervenção e o domínio do sistema capitalista, se transformam em mercadorias. Assim, as respostas à aflição humana, na feliz expressão de Fry & Home (1975) comportam produções diferenciais de cultura que, se não invalidam a persistência das suas formas tradicionais, retraduzem o seu significado.

## **7.2. Medicina Popular Religiosa: O Contexto em Campinas**

A oferta e o consumo em serviços de saúde entre famílias trabalhadoras de baixa renda em Campinas envolvem, além das instituições médicas oficiais, instituições religiosas como a espírita, a umbanda, a protestante e a católica. Mesmo não tendo sido aqui objetos de pesquisa, é amplamente sabido que essas instituições desempenham em geral um papel dos mais importantes na difusão de conhecimentos e práticas relacionadas com a medicina "popular". O Espiritismo kardecista, em particular, concentra muitos esforços no tratamento de doentes e tem uma tradição bastante forte no uso de ervas medicinais e homeopatia. A umbanda incorporou muito dessa tradição combinando-a com formas rituais bastante elaboradas. Algumas seitas protestantes, como por exemplo, o pentecostalismo, utilizam rituais de cura que, como na Umbanda, evocam intensa participação emocional. O crescimento dessas seitas religiosas, principalmente no caso da Umbanda e do pentecostalismo, tem sido dos mais intensos em Campinas, ocupando o espaço deixado pelo catolicismo popular. O IBGE informa que em 1981 havia 51

centros de umbanda e 29 centros espíritas, além de 20 centros pentecostais no município de Campinas.

O catolicismo popular utiliza-se de promessas, rezas e benzimentos. Em regiões menos desenvolvidas, estas práticas têm intensa participação social como no caso das romarias e visitas a santuários, procissões e festas religiosas. Em Campinas, com pouca ou nenhuma participação social, estas práticas se mantêm quase que exclusivamente restritas à esfera familiar privada.

Uma prática das mais difundidas é o relacionamento dessa população com as benzedeadas (geralmente elas são do sexo feminino). Trata-se de um relacionamento intermediário entre a intensa participação social exigida tanto pelo catolicismo tradicional como pela umbanda e pentecostalismo e as formas sem participação social verificadas no interior familiar. Embora inexistam dados sobre o número desses agentes em Campinas, o estudo de Oliveira (1981) dá uma boa dimensão sobre a sua significação e importância para as camadas sociais de baixa renda, principalmente no tratamento de doenças infantis. As benzedeadas, apesar de não estarem agregadas a nenhuma forma institucional mais complexa, utilizam-se principalmente das tradições rituais do catolicismo popular e do Espiritismo kardecista, além de medicamentos caseiros baseados principalmente em ervas medicinais às vezes combinados com medicamentos industrializados.

Com relação ao tratamento de saúde com agentes de medicina popular religiosa, no último ano, os procedimentos terapêuticos mais importantes são os benzimentos, as orações e simpatias e o consumo de remédios caseiros como ervas medicinais. De um modo geral, os benzimentos e o uso de remédios caseiros são particularmente importantes para crianças.

Para a população estudada, no percurso da cura, o uso da medicina "popular" religiosa é frequente e generalizado para certas doenças principalmente quando ocorre insucesso por parte da medicina "oficial". Não é raro, no entanto, encontrar situações em que o primeiro passo é dado em direção à via religiosa que, sem prescindir de suas formas típicas de tratamento, também encaminha o paciente à medicina oficial. Não há contradição entre medicina "oficial" e "popular" neste nível.

Para a compreensão do fenômeno representado pela medicina "popular" religiosa em Campinas é necessário lembrar também que apesar do grande prestígio que a medicina "oficial" atualmente usufrui frente às camadas sociais trabalhadoras, ela não é considerada plenamente adequada para certas disfunções como, por exemplo, certas

doenças infantis, algumas doenças crônicas de difícil tratamento e as doenças ou mal-estares psiquiátricos em geral, (doenças dos nervos). Além disso, para se compreender o uso da medicina popular é necessário considerar que o acesso à medicina pública e previdenciária não é desprovida de dificuldades, principalmente no que diz respeito às filas de espera e à burocracia, o que convida o paciente a procurar fórmulas mais fáceis e, porque não dizer, gratificantes emocionalmente.

O uso simultâneo ou alterado das diferentes manifestações da medicina oficial e popular não se mostra contraditório para essa população mesmo quando as cosmologias implícitas no produto sejam contraditórias. Assim, é possível encontrar casos em que tanto os rituais da Umbanda como os do Pentecostalismo (duas doutrinas diferentes e opostas em muitos aspectos) são solicitados por um mesmo paciente numa mesma ou em diferentes circunstâncias de doença. Da mesma maneira, remédios homeopáticos podem ser usados associados aos alopáticos. É interessante notar neste particular que se existe contradição do ponto de vista lógico, isto não ocorre do ponto de vista sociológico. Como observou Turner (1977) a respeito, a grande maioria da população não é constituída de intelectuais que prestam atenção à consistência lógica de seu comportamento. Nesse sentido, a realização é manipulada de acordo com as várias situações de natureza social, econômica e política que forjam a racionalidade do comportamento.

### **7.3. Medicina Popular Religiosa: Representações e Avaliações**

Na nossa amostra, em 60% dos casos, acredita-se que outros agentes, além do médico e do pessoal da saúde, podem curar doenças, sendo que a grande maioria inclui entre esses agentes aqueles que adotam métodos religiosos. Entre os 40% que negaram tal possibilidade, a maior parte acredita que nenhuma religioso pode curar doenças. O tipo de resposta "Deus é Deus e médico é médico" foi comum nesse sentido.

No entanto, os dados que indicam ceticismo quanto à cura de doenças através da via religiosa devem ser vistos com reservas, uma vez que um forte componente ideológico pode estar interferindo na alta percentagem dos que não acreditam em outros agentes de cura além do médico. Os protestantes em geral, por exemplo, afirmam que só o médico, com a imprescindível ajuda divina, pode socorrer um indivíduo doente. Nessa crença,

omite-se a participação do pastor que, em muitas ocasiões, principalmente na seita pentecostal, é um efetivo intermediário no contato do paciente com Deus e, portanto, um agente de cura de acordo com nossa definição. É importante notar também que pode haver a tendência de alguns em considerar que a crença exclusiva em médicos é parte da ideologia oficial e merece ser repetida ainda que não corresponda à prática. Evidentemente, nem sempre o que as pessoas dizem correspondem ao que elas fazem de fato e, nesse caso, temos evidências suficientes para pensar que os que efetivamente crêem em outros agentes de cura além dos médicos é bem maior do que o declarado.

Já o prestígio da medicina religiosa em abstrato é declaradamente bem maior do que o prestígio de seus agentes. Apenas 6,6% das famílias entrevistadas afirmam que ela não cura ou não contribui para a cura de doenças ou ainda que pode causar outros males. No entrando, não se acredita que este tipo de medicina possa produzir algum benefício independentemente da participação do paciente. A maioria dos entrevistados considera que a fé é uma condição emocional indispensável para que se possa obter a cura. Essa condição ocorre principalmente entre adultos, sendo que entre crianças ela não é considerada necessária.

A medicina religiosa é considerada eficaz principalmente para algumas doenças infantis como, por exemplo, a desidratação e os males causados por vermes intestinais. Para adultos, ela é considerada eficaz para alguns problemas como os de origem nervosa ou psiquiátrica. Para os demais casos, ela só é considerada uma espécie de acessório que contribui para a cura mas não a realiza isoladamente sem a ajuda do tratamento ordinário da medicina caseira ou oficial. Apenas uma minoria dos entrevistados acredita que a medicina religiosa cura rápido qualquer tipo de doença, embora seja permitido que eventualmente isso pode ocorrer.

A grande maioria dos entrevistados que consomem a medicina religiosa considera que ela é importante para a manutenção da saúde da família. O grau de satisfação com esse tipo de medicina revela-se também no fato de que essa população avalia a última consulta com o agente de cura religioso como francamente favorável.

Os nossos dados mostram ainda que o pagamento pelos serviços de cura religiosos não são frequentes. Cerca de um terço dos entrevistados não realizaram qualquer tipo de pagamento em dinheiro ou em itens alimentares. É importante destacar também nessa circunstância que a maior parte dos entrevistados afirmaram que para o mesmo problema

consultaram também outro agente de cura, médicos da rede oficial de serviços na maior parte dos casos.

O bom agente de cura religioso é socialmente reconhecido pelo seu "dom", ou pela sua capacidade de desempenhar o papel de intermediário entre forças sobrenaturais ou divinas e o paciente, intercedendo em seu favor. Apenas uma minoria considera que esse tipo de agente deva ter outros atributos ou qualidades tais como saber ou prática. Na grande maioria dos casos, o paciente chega ao agente de cura religioso através de vizinhos e amigos, muito embora ele seja, quase sempre alguém que reside no mesmo bairro. No caso dos protestantes, o caminho de cura geralmente se dá através da influência do próprio pastor que aconselha e emprega ele mesmo rituais de cura.

Entre os agentes da medicina oficial, o benzedor aparece como o mais importante, sendo que a maioria das famílias entrevistadas já o consultaram por motivo de saúde em pelo menos um membro de sua família. Os nossos dados mostram que existe uma tendência de maior consumo desse agente entre as famílias de menor renda, correspondendo àqueles que se inserem de modo instável no mercado de trabalho, não dispendo de assistência médico-previdenciária.

O consumo de religiões no tratamento de doenças ocorre com maior freqüência entre a religião espírita, com 16,9% dos entrevistados afirmando já terem recorrido a ela pelo menos uma vez para-alguém da família. Já o consumo de agentes umbandistas é menor, com um índice de 9,2%.

O consumo de pastor protestante para o tratamento de doenças ocorre de um modo geral internamente entre os fiéis das diferentes seitas. Nove e meio por cento das famílias, um índice equivalente ao das famílias protestantes da amostra já recorreram ao uso desse agente para tratamento de doenças. Já o consumo de padres com essa mesma finalidade é bem menor tendo em vista o número bem maior de católicos (cerca de 90% da amostra). Cerca de 9,5% das famílias já recorreram a esse tipo de agente com a finalidade de tratar alguma doença na família. Em ambos os casos, não se observa relação positiva ou negativa entre esse tipo de consumo e renda familiar, ao contrário do que se verifica com o consumo de agentes espíritas (Tabela 7).

**Tabela 7**

Consumo de agentes espíritas de acordo com faixas de renda familiar per capita

	Até 0,5 S.M.	De 0,6 a 1	De 1,1 a 2	Mais de 2	Total
Sim					
Nº.	31	19	10	2	62
%	18,34	14,96	14,49	9,52	16,06
Não					
Nº.	138	108	59	19	324
%	81,66	85,04	85,51	90,48	83,94
Total					
Nº.	169	127	69	21	386
%	100	100	100	100	

## 8. MEDICINA POPULAR CASEIRA NÃO RELIGIOSA

Atualmente, na região de Campinas, a presença de curandeiros populares não religiosos está se tornando inexpressiva. Isso ocorre pela maior facilidade de acesso à rede de serviços públicos e previdenciários que nos últimos anos têm competido favoravelmente com esses agentes.

O farmacêutico é um agente não religioso que, como vimos, tem alguma aceitação popular como substituto legítimo do médico. No entanto, o seu papel não é propriamente aquele de curandeiro popular não religioso. Mesmo entre aqueles que persistem em oferecer serviços de consulta para diagnóstico e prever tratamento de doenças seriam provavelmente melhor classificados como um intermediário entre a medicina oficial e a popular.

A presença de especialistas que se utilizam de uma medicina não oficial como a acupuntura, a macrobiótica, a massagem, a yoga, embora estejam aumentando a olhos vistos em Campinas, ainda são inacessíveis às camadas de baixa renda.

De um modo geral, a população estudada, em caso de doença, procura tanto a medicina "oficial" como a medicina "popular" em sua versão religiosa ou laica de um modo simultâneo ou alterando. No que se refere à medicina "oficial" os nossos dados revelam uma grande aceitação nos casos de doenças consideradas mais graves (infecções, hipertensão, paralisias, problemas cardíacos, hemorragias, neoplasias etc.) ou em situações que envolvem risco como a gestação, o parto ou o cuidado com a criança pequena. A medicina "popular" caseira se reserva, por exemplo, ao uso de chás e dietas

alimentares em casos considerados menos graves (indisposições, fraqueza, má digestão, tonturas, cólicas, enjôo, gripe e resfriado e alguns problemas crônicos do fígado e rins).

Um aspecto importante da medicina popular não religiosa é justamente o seu aspecto caseiro. Trata-se de um conjunto de crenças e práticas derivadas de uma tradição cultural longínqua, quase sempre de origem rural, e partilhada por pessoas comuns na família, a mãe e a avó na maioria das vezes. Esse tipo de medicina envolve principalmente o uso de ervas e produtos considerados medicinais como, por exemplo raízes, além de uma orientação dietética. Embora em outras regiões do país, principalmente no interior e no mundo rural, existam especialistas nesse tipo de medicina, como os raizeiros que, além de comercializarem medicamentos naturais, ainda oferecem consulta. Em Campinas, a existência desse tipo de agente é insignificante. No entanto, é possível encontrar farmácias especializadas ou bancas de feira ou mercado cujos donos estão disponíveis para prestar orientação sobre o uso de tal medicamento.

Existem relatos mostrando que a prática desse tipo de medicina no mundo rural latino-americano em geral (Foster, 1976) e brasileiro em particular (Queiróz, 1984) ocorre obedecendo a uma lógica classificatória bastante elaborada, envolvendo tanto o uso de medicamentos naturais como dietas alimentares. Em Campinas, no entanto, percebemos que, embora as famílias estudadas estejam, até certo ponto, familiarizadas com a lógica classificatória do "quente" e "frio" e "fraco" e "forte" que orienta o uso e consumo desses elementos, esta lógica se encontra dissociada das práticas. A grande maioria dos entrevistados consomem medicamentos naturais de um modo análogo ao consumo de medicamentos industrializados, ou seja, de um modo sintomático, obedecendo à lógica terapêutica urbana capitalista. Essa lógica, ao invés do equilíbrio visado pela terapêutica rural tradicional, pretende restabelecer o paciente o mais rápido possível a fim de torná-lo apto para o trabalho. Tendo em vista esse fim, não é incomum encontrar o uso de medicamentos caseiros tradicionais associados aos medicamentos industrializados modernos. Assim, o consumo de uma erva medicinal ou a prática de uma dieta alimentar, por exemplo, adquirem o mesmo significado dos medicamentos industrializados. A razão da persistência desses medicamentos num contexto capitalista é que eles, até um certo ponto, complementam os vazios deixados pela medicina oficial como, por exemplo, os "mal-estares" e indisposições, para os quais os médicos previdenciários ou os de postos de saúde, diante do excesso de demanda para casos graves, deixam de medicalizar. Em várias outras circunstâncias, é um fato sabido que a medicina oficial encontra dificuldades

para dar conta de uma ampla gama de problemas crônicos, para os quais os medicamentos tradicionais representam uma alternativa que não custa tentar.

A medicina caseira é amplamente consumida pelas famílias estudadas, com 81,7% delas afirmando empregá-la habitualmente. O prestígio desses medicamentos também é alto, com 65,4% das respostas afirmando que eles são eficazes, ou mesmo, em alguns casos, melhores do que os remédios industrializados adquiridos em farmácia. A grande maioria dos que consomem esse tipo de medicina obtém os seus produtos exclusivamente do cultivo no quintal próprio e/ou vizinhos. Apenas uma minoria de 3,4% os adquirem exclusivamente na farmácia, mercado ou feira.

O uso de medicamentos caseiros é generalizado entre as várias faixas de renda embora se note uma queda no consumo entre as famílias com mais de 10 salários mínimos mensais (Tabela 8). É possível também se verificar uma relação positiva entre o fato de ser previdenciário ou não e o uso de medicamentos caseiros, sendo que, como era de se esperar, as famílias sem o recurso previdenciário tendem a um consumo maior.

**Tabela 8**

Consumo de remédios caseiros x renda familiar

		Até 1 S.M.	De 1,1 a 2 S.M.	Mais de 10 S.M.	Total
Sim	Nº.	33	76	7	323
	%	82,5	83,5	77,8	81,77
Não	Nº.	7	15	2	72
	%	17,5	16,5	22,2	18,23
Total	Nº.	40	91	9	395
	%	100,0	100,0	100,0	100,0

## 9. A HOMEOPATIA

A homeopatia, cujo consumo em áreas rurais e urbanas já foi generalizado em outros tempos, apresenta atualmente um índice de consumo bastante baixo, sendo que a maioria dos entrevistados e suas famílias (63,3%) nunca experimentaram esse tipo de medicamentos. Os que já experimentaram, o fizeram apenas esporadicamente, sendo insignificante os que se declaram adeptos habituais desse tipo de medicina.



Embora a homeopatia esteja crescendo em Campinas a olhos vistos, aparentemente apenas a classe média para cima teria acesso ao seu consumo. Ao que tudo indica, não é tanto o preço do medicamento homeopático que afasta as camadas de baixa renda de seu uso, mas a impossibilidade dessas camadas de se permitirem um tratamento médico individualista e lento. Mais uma vez vemos que a necessidade de pronta adaptação ao trabalho leva as camadas trabalhadoras a um tipo de medicina que a curto prazo é funcional ao processo produtivo.

## **10. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo das representações sobre saúde e doença mostram sobretudo que elas variam conforme a experiência social de vida e só adquirem significado dentro do contexto em que se manifestam. Assim, entre as famílias trabalhadoras em geral, saúde significa disposição para trabalhar, condição imprescindível para a sobrevivência. Esta definição ocorre principalmente para os homens, provedores naturais do lar.

Contudo, apesar da definição geral de saúde, há heterogeneidade nas representações. Às mulheres, é socialmente mais aceitável dedicar maior atenção aos sintomas físicos, permitindo-se ficar doente mais freqüentemente que os homens. Saúde para elas significa, além da força física e capacidade de trabalho, também alegria de viver, uma condição especialmente associada à condição de saúde da infância.

As representações também variam conforme o tipo organizacional da família. As famílias sem filhos, por exemplo, tendem a acreditar menos em mau-olhado como causa de doença em crianças do que as famílias com filhos pequenos. Isso tem a ver com o caráter concreto das crenças que raramente existem em abstrato fora do campo de experiências concretamente vividas.

Representações sobre saúde e doença também condicionam o consumo dos serviços oficiais e não oficiais de saúde ao imprimir prioridades diferenciais no atendimento à saúde entre crianças, homens e mulheres. Se a doença é percebida como algo que incapacite atividades cotidianas ou se ocorre em crianças, há que ser removida imediatamente. Fora dessas circunstâncias, em homens, ficar doente é prejudicar a manutenção da família, indo contra a representação que coloca o símbolo da

masculinidade em consonância com o papel de provedor do lar. Nesse caso, a procura de serviços de saúde é retardada.

De um modo geral, a avaliação dos serviços oficiais de saúde pela população pesquisada é bastante positiva, embora a sua organização ter sido criticada, principalmente no que se refere à demora no atendimento.

O médico detém um prestígio que lhe confere primazia entre todos os outros agentes de cura oficiais e não oficiais, sendo o seu saber sobre saúde e doença o fator que legitima a sua prática. É considerado um bom médico aquele que examina e trata polidamente o paciente, sendo criticados aqueles que não se enquadram nessa condição.

Numa sociedade capitalista como a brasileira, a principal função da medicina é a de reproduzir a força de trabalho num sentido compatível com o sistema produtivo. Assim, exige-se uma medicina que mantenha o trabalhador trabalhando, uma condição partilhada tanto pelos sistema produtivo como pelos trabalhadores que necessitam do trabalho para a sua subsistência. Esse aspecto fica claro ao nível das representações quando o trabalho condiciona uma avaliação favorável de um tratamento médico à rapidez de seus resultados. Daí o prestígio do ato cirúrgico que pode resolver rapidamente um problema. O mesmo ocorre em relação aos medicamentos fortes como o antibiótico e as vitaminas que supostamente restabelecem as forças perdidas no dia de trabalho. Por outro lado, a homeopatia e outras formas de medicina que exigem tratamentos demorados e/ou dispendiosos não são consumidos justamente pela incompatibilidade de seus tratamentos com as necessidades de pronta recuperação para o trabalho.

As crenças religiosas na cura de doenças permanecem com um sentido cada vez mais doméstico e privado do que público. A crença em intervenção sobrenatural para uma doença é generalizada, porém, existem poucas ações institucionalizadas que dêem forma social a elas. A benzedeira é praticamente a única agente com um índice significativo de consumo por parte das famílias pesquisadas. Ainda assim, o recurso a ela é limitado principalmente às crianças. O consumo de agentes umbandistas ou espíritas para diagnóstico e tratamento de doenças mostrou-se pouco significativo.

Talvez a conclusão mais abrangente desta pesquisa diz respeito à importância crescente que a medicina oficial assume para as camadas trabalhadoras, reduzindo as outras práticas de cura e tratamento de doenças e aspectos complementares e não alternativos.

Nesse sentido, pode-se afirmar que se, de um lado, a população modela o seu padrão de consumo de acordo com a influência exercida pela medicina oficial, através de múltiplas mediações, de outro, a medicina oficial também é modelada pela necessidade de reproduzir e manter a força de trabalho dentro de critérios econômicos e sociais de produtividade.

## BIBLIOGRAFIA

- ALVES, R.A. *A Empresa da Cura Divina: um fenômeno religioso? A Cura do Povo*. Un. Católica de São Paulo, 1982.
- BEALS, A.R. *Strategies of Resort to Curers in South India*. In LESLIE, C. *Asian Medical Systems*. Berkley: Un. Of California Press, 1976.
- BOLTANSKI, L. *As Classes Sociais e o Corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- BOLTANSKI, L. *Los Usos Del Cuerpo*. Buenos Ayres: Periférica, 1975.
- BOURDIEU, P. *A Economia das Trocas Simbólicas*. São Paulo: Perspectiva, 1975.
- BROWN. D. Umbanda e Classes Sociais. In. *Religião e Sociedade*, nº 1. São Paulo, 1977.
- CANESQUI, A.M. *Comida de Pobre, Comida de Rico: Um estudo sobre a alimentação num bairro popular*. Tese de Doutorado. Unicamp, 1976.
- CANESQUI, A.M. *A Dietética Popular*. In. *Saúde e Debate*, nº 7. São Paulo, 1977.
- CANESQUI, A.M. *A Organização e Realização do Consumo Alimentar Cotidiano*. Unicamp, (mimeo), 1987.
- DURKHEIM, E. *The Elementary Forms of the Religious Life*. London: Allen & Urwin, 1957.
- FOSTER, G.M. *Diseases Etiologies in Non-Western Medical Systems*. *American Anthropologist*, v. 78, nº 4, 1976.
- FRY. P.H. & HOME. G. *Duas Respostas à Afição: Umbanda e Pentecostalismo em Campinas*. In *Debate e Crítica*, nº 6, 1975.
- GIOVANNI, G. *A Questão dos Remédios no Brasil*. São Paulo: Polis.
- D' HAUTAND, A., FIELDMAN, M.,G. *The Image of health: veriations in perception by social class in a French Population*. In. *Sociology of Health and Illness*, v. 6, nº 1, 1984.
- LÈVI-STANSS, C. *Pensé Sauvage*. Paris: Plan, 1968.

- LLOVET, J.J. *Servicios de Salud y los Sectores Populares: Los años del proceso*. Buenos Ayres: Cedes. 1984.
- LOYOLLA, M.A. *Médicos e Curandeiros: Conflito Social e Saúde*. São Paulo: Difel, 1984.
- MONTEIRO, P. *Da Doença à Desordem: a máquina na Umbanda*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- OLIVEIRA, E.R. *Doença, Cura e Benzimento: um estudo sobre o ofício da benzedeira em Campinas*. Tese de Mestrado, IFCH. Unicamp. 1981.
- ORTIZ, R. A Morte Branca do feiticeiro Negro. In. *Religião e Sociedade* nº 1. São Paulo, 1977.
- QUEIROZ, M.S. *The Social Construction of health and Illness in Iguape, Brazil*. Tese de Doutorado, Un. Manchester, Inglaterra, 1982.
- QUEIROZ, M.S. Hot and Cold Classification in Tradicional Iguape medicine. In *Ethnology*, v. 23, nº1, 1982.
- SIQUEIRA, M.M. Organização da Prática Médica: O que fala o paciente. In. *Rev. adm. Pública*, 19 (1) p. 4-25, 1985.
- WEBER, M. *The Sociology of Religion*. Londres: Methuen, 1966.

**Números anteriores dos Cadernos de Pesquisa do NEPP:**

- HENRIQUE, W., DRAIBE, S.M. Caderno de Pesquisa nº 1. *Políticas Públicas e Gestão da Crise: Um Balanço da Literatura Internacional*. 1987.
- CANESQUI, A.M., QUEIROZ, M.S. Caderno de Pesquisa nº 2. *Campinas: População, Situação de Saúde e Organização do Cuidado Médico*. 1987.
- CASTRO, M.H.G. Caderno de Pesquisa n.º 3. *Governo Local, Processo e Equipamentos Sociais: Um Balanço Bibliográfico*. 1988.
- SALM, C.L., DEDECA, C.S., TUMA, F.M., COUTINHO, M. *Financiamento das Políticas Sociais*. 1988.
- VIANNA, A.L. Caderno de Pesquisa n.º5. *Abordagens Metodológicas em Políticas Públicas*. 1988
- MERHY, E.L., CAMPOS, G.W.S., QUEIROZ, M.S., Caderno de Pesquisa nº 6. *Processo de Trabalho e Tecnologia na Rede Básica de Serviços de Saúde: Alguns Aspectos Teóricos e Históricos*. 1989



**UNICAMP**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

**NEPP**

NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Cidade Universitária "Zeferino Vaz"

Av. Albert Einstein, 1300

Campinas - SP - Brasil

CEP. 13083-852

TEL: (019) 3788-2495 / 3788-2496 / 3289-3901 / 3289-3143

FAX: (019) 3289-4519

Caixa Postal - 6166

E-mail: [nucleo@nepp.unicamp.br](mailto:nucleo@nepp.unicamp.br)

Homepage: [www.nepp.unicamp.br](http://www.nepp.unicamp.br)