

A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE NUM BAIRRO DE BAIXA RENDA DE CAMPINA GRANDE, PARAIBA*

ANGELA M. S. ARRUDA
Prof.^a de Psicologia Social

O objetivo do trabalho era conhecer o universo representacional de mães de família, no que se refere à saúde, a fim de compreender sua conduta com respeito a ela e estabelecer indicadores para a avaliação dos serviços correspondentes. Os resultados, fruto da análise de entrevistas profundas, configuraram estratégias diversificadas frente à saúde/doença e contradizem os estereótipos sobre a relação destas mulheres com a saúde, bem como os padrões habituais de avaliação dos serviços mencionados. A utilização do modelo de representações sociais para o estudo de fenômenos desta categoria demonstra aqui seu interesse.

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa se situa na perspectiva da importância dos fatores subjetivos como direcionadores da maneira de gerir a saúde, bem como orientadores da avaliação, por parte do público, das políticas e serviços a ela dirigidos. O papel da Psicologia Social para o estudo destes fatores revela-se fundamental, uma vez que eles abarcam o universo de representações dos sujeitos no que tange ao tema previsto, bem como seus valores e normas de conduta perante ele, em interação com influências advindas das instituições e ideologia oficiais da saúde.

Infelizmente, o fato de situar-se no fim do cronograma e da não renovação do financiamento inicialmente previsto, prejudicaram o desenvolvimento do

* Este trabalho é parte integrante do Projeto "Política Institucional e Representação Social da Saúde/Doença Mental/ Somática", financiado pelo CNPq e levado a cabo sob a égide do Núcleo de Ensino e Pesquisa em Política Científica e Tecnológica (NENPPO) da UFPb, Campina Grande, Pb.

trabalho. Assim, os resultados obtidos são meramente indicativos, não permitindo estabelecer conclusões sobre a matéria.

A hipótese básica de que se partia era de que as representações sociais encontradas no público a respeito da saúde seriam o substrato que explica a gestão da saúde por parte dele, função já explicitada para as representações quanto ao comportamento social (Kaes, 1968, Moscovici, 1976 e Jodelet, 1981).

A metodologia compreendia, além do levantamento dos dados objetivos, a comparação de 3 extratos sociais distintos situados em localidades ou bairros de níveis sócio-econômicos e culturais diferentes. O que se pretendia averiguar com essas diferenciações era a incidência de variáveis culturais (origem rural/urbana, nível universitário/baixa escolaridade) e econômico-sociais (nível de renda, condições de vida, qualidade da informação e medicalização acessível) sobre a gestão da saúde. Pelas razões já mencionadas, somente um dos 3 extratos pôde ser pesquisado: o de baixa renda/baixa escolaridade. O instrumento escolhido para esta etapa foi a entrevista semi-diretiva, aplicada a mães de família do segmento explicitado. Sua escolha se deveu ao pressuposto de que são elas as administradoras da saúde e da higiene da família, incumbindo-lhes, geralmente, a tomada de decisão quanto ao que fazer, o encaminhamento a dar, assim como as práticas e as concepções que circulam no lar neste terreno, sendo também elas as depositárias das tradições a esse respeito (cf. Arruda, 1983).

Foram realizadas cerca de 20 entrevistas de 1.5 a 2 horas de duração cada, num dos bairros da cidade. Lamentavelmente, por problemas técnicos e pelo extravio de uma parte do material gravado, somente 50% deste total puderam ser aproveitadas, o que determina a fragilidade dos resultados já comentada. A única entrevistadora foi a autora do Projeto. A população do bairro por onde se iniciou a investigação atendia às exigências de um dos segmentos definidos para a amostra contrastada: nível sócio-econômico baixo (renda média de 1 a 3 salários mínimos), origem rural, baixa escolaridade, exposição prolongada à vida urbana, contacto com serviços de saúde da rede oficial. As entrevistadas são todas mães de 3 a 6 filhos, contactadas através do Clube de Mães. O total dos depoimentos utilizáveis foi de dez.

RESULTADOS

Dado o exíguo material de que pudemos dispor ao fim do projeto, exporemos apenas os resultados correspondentes às questões mais importantes, e isto quando, tendo sido respondidas pelo conjunto (N = 10), hajam apresentado proporção significativa. O que aqui será exposto constitui-se, pois, simplesmente, num conjunto de categorias para um eventual prosseguimento do trabalho, no seu agenciamento sob a forma de hipóteses para averiguação, e, sobretudo, numa base para reflexão e questionamentos futuros.

O espaço de que dispomos nos compele, por outro lado, a omitir a discussão e revisão bibliográfica, bem como os dados secundários relativos à saúde da população da cidade e do bairro, restringindo-nos apenas àqueles contidos no discurso das informantes.

O discurso sobre a saúde e o fantasma da doença

Em sua conceituação da saúde, esta brota do discurso das mulheres como a chama da vida, iluminando-a ou permitindo lutar por ela ("É a melhor coisa da vida; a pessoa com saúde enfrenta tudo!"). Um outro corte temático nas mesmas respostas evidenciou sua divisão entre associações com a importância da saúde ("É a primeira coisa!") e com sua preservação ("Eu penso em assistência médica, filho forte...").

Com relação à origem da saúde, todas as falas chegam à mesma conclusão, por caminhos mais ou menos tortuosos: ela vem de Deus, seja sob a forma de mistério ou de recompensa ("É dom de Deus: quem tem, tem. Quem não tem, paciência.").

Quanto à doença, a reação negativa à sua simples denominação também é unânime, traduzindo-se por sinais de desagrado, ansiedade, chegando até a recusa de responder ("Tenho até medo de falar em doença... É uma coisa misteriosa, ninguém sabe de onde vem.") Tudo isto revela forte conteúdo fantasmático, presente em todos os discursos, dificultando a expressão de respostas estruturadas.

Estratégias diante da doença

O que fazem essas mulheres diante da doença, quando esta invade seus lares? Novamente, encontramos aí uma estratégia comum a todas, embora nem sempre confessada de imediato: elas percorrem circuitos de atendimento paralelos, traçando "itinerários terapêuticos" (Loyola, 1984) diversificados. Verificamos que, para a maioria das doenças acusadas (as mais freqüentes são as relacionadas com as vias respiratórias, confirmando a incidência mórbida detectada na cidade, e as infantis), primeiro apela-se para a medicação caseira. Esta, costuma apoiar-se na medicina popular — chás, lambedores etc. — por um lado, e/ou na auto-medicação: repetição da medicação previamente utilizada para os mesmos sintomas, tenham estes sido tratados por um médico ou vividos por um conhecido que usou a receita curativa. Para outras enfermidades, é comum utilizar-se o segundo padrão. Cabe salientar que, quando se trata de problemas com os filhos, a medicação caseira é empregada, mas, se não produz resultado rapidamente, recorre-se ao médico.

As doenças consideradas "piores" são o câncer (50% das menções)* e a doença mental (20% das menções), por não terem cura. Para estas, o itinerário terapêutico comporta uma passagem obrigatória pelo circuito oficial. Mas nem sempre se encerra aí. Nas respostas de doença mental, sobretudo, (6 mulheres aludem a ela em sua família, colocando-a em 3.º lugar entre as doenças mais freqüentes), metade das entrevistadas, que têm casos de parentes, relatam a passagem pelo circuito informal após terem recorrido aos serviços institucionais.

* Nas perguntas que provocaram várias respostas, foram considerados até 4 temas por pessoa a fim de não empobrecer os conteúdos. Assim, quando aludimos à porcentagem de menções, significa que ela foi calculada sobre N x 4.

Curandeiros, pastores que praticam a imposição de mão*, ou padres, foram consultados, produzindo bons resultados, segundo elas. Conclui-se, por aí, que a maioria das doenças aludidas são tratadas fora do sistema oficial de saúde, pelo menos até certo ponto, o que coincide com os resultados da pesquisa de M. Andréa Loyola (1984) no Rio de Janeiro, cujos dados são bem menos questionáveis que os nossos.

Estes resultados nos conduzem a algumas reflexões na tentativa de compreender tal situação, que deve ser analisada a dois níveis. Um, o do por quê das escolhas da população; outro, o do que estas implicam. Fica evidente no discurso obtido que, por um lado, o fator econômico e as condições de vida pesam na definição da estratégia a seguir: "O INPS, a pessoa precisa ter tempo para ir; se tirar do serviço, depois vai tirar do ordenado, que já não é lá grande coisa." Mas esta não é toda a verdade. Por que doenças consideradas graves freqüentemente terminam seu itinerário terapêutico fora do sistema oficial de saúde, enquanto as infantis, depois de uma tentativa malograda fora deste, ocorrem imediatamente a ele?

Não podemos esquecer que estas mulheres provém do campo, onde via de regra, sem acesso à medicina oficial, recorriam ao que a natureza oferecia, beneficiando-se de um conhecimento empírico acumulado e transmitido de geração a geração (Arruda, 1983), e que vai sendo preterido, na vida urbana. Assim, se por um lado, não se deixam intimidar por sintomas que identificam e já viram tratar, tão logo percebem que seu saber não traz os resultados necessários, recorrem à instância seguinte: o farmacêutico, o médico, o pastor ou outro, demonstrando assim uma fina sabedoria.

Vemos aí confirmada a existência de estratégias adicionais na relação com a saúde. Ou seja, que para essa amostra das classes populares, os dois tipos de medicina não são antagônicos (Boltanski, 1979).

E aqui se insere o segundo tipo de itinerário que despertou nossa curiosidade: o das doenças chamadas graves, como a doença mental, cujo percurso, na crônica da morbidade familiar registrada, chama a atenção.

Os tipos de doença e a doença mental

Para melhor compreendermos esse tipo de percurso, convém primeiro abordar as classificações das doenças encontradas na fala das informantes.

A maioria delas (6 em 10) se refere à existência de doenças "não medicinais", "da alma", "que vêm do pecado" etc. Como a saúde vem de Deus, e a doença provoca, ao seu simples mencionar, as reações já descritas, tenderíamos a dizer, como Maria Andréa Loyola, (1984) que

"... É o espírito que fornece ao corpo a energia vital, donde sua importância para o estado de saúde. Não há saúde do corpo sem saúde da alma e vice-versa. Baseando-se nesta concepção geral de uma dualidade comple-

* Tratamento consistindo na colocação da mão sobre o local afetado por uma pessoa reputada como possuidora de dons curativos.

mentar entre corpo e alma, e partilhando o sistema de representações que permitem à maioria dos especialistas religiosos — particularmente aos pais e mães-de-santo (...), aos pastores (...) e aos rezadores — legitimar suas práticas perante a medicina oficial, a população (...) distingue duas categorias principais de doenças: as "doenças do corpo" e as "doenças da alma", ou as doenças materiais e as doenças espirituais" (p. 163)

Sendo assim, a doença mental é facilmente associada às "não medicinais", "mediunidade", justificando desta forma o apelo a especialistas do mistério, como pastores e curandeiros, mencionados pelas entrevistadas. Com efeito, a loucura é designada como proveniente de "um medo", ou "um susto", que provocaram a quebra do resguardo, de uma contrariedade que "esquenta o juízo", e também de encosto, "mediunidade". Vemos aqui delinear-se um esquema figurativo (cf. Moscovici, 1976; Herzlich, 1972; Jodelet, 1981) da representação desta enfermidade, fruto da objetivação da representação do corpo, que vai servir de substrato para o encaminhamento terapêutico. A dualidade corpo-alma, a inter-relação dos dois se expressa em falas como:

"O nosso corpo tem que pensar bem, se livrar do mal, se não ele sufoca. Não foi a alma, foi a quentura, giração no cérebro. Se ele girar bem, não vai lá (na loucura) nunca..."

E a loucura é um ponto nevrálgico nesta relação, já que ela está freqüentemente associada à mente, ao cérebro, ou aos nervos. Estes seriam uma instância intermediária, uma espécie de arcabouço que faria a ligação entre o material e o espiritual:

... "acredito que os nervos da gente são as armações do corpo da gente; assim, quando você vai fazer uma casa e tem que ter aquelas vigas, aqueles negócios de ferro, acredito que os nervos são aquilo. Ora, se aquilo tá abalado, você não consegue nem se pôr em pé; é como uma casa... ela não consegue. Uma tempestade vem, que são as crises que dá na gente, a casa cai. Mesmo assim somos nós com nossos nervos. Então a pessoa fica chorando, não se controla, passa o tempo todo assim taciturno..." (M. E., 31 anos).

Desta forma, uma doença grave, um choque, uma contrariedade, podem abalar os nervos e provocar a loucura. É esta qualidade de "armação" que permite apor à representação da doença mental a categoria "espiritual", sem obrigatoriamente eliminar a sua vinculação com o orgânico.

"Minha irmã teve febre tifóide aos nove anos. Daí ficou com os nervos muito fracos e a gente nota que, como os nervos é no corpo todo, então ela esfragueceu por causa da doença. Foi muito grande, ou o organismo dela era muito fraco, ela não resistiu. Aquela doença, tão grande que foi, que chegou ao ponto de quase enlouquecer ela, né." (A.A.C., 57 anos).

Ou seja, que os nervos, arcabouço do corpo nele disseminado, são ao mesmo tempo armação e proteção, ou filtro. Isto é, abalados, deixam penetrar o mal, atingindo a integridade mental do indivíduo:

"Problema de nervo acarreta loucura; uma pessoa altamente nervosa, dificilmente se controla, não tem como se controlar. Passa o tempo todo assim parado, bota pra chorar, não consegue parar, quer dizer que tá sem controle..." (M. E., 31 anos).

Isto pode ser interpretado também como resultado de mediunidade, encosto etc., justificando assim um encaminhamento terapêutico que coloca os circuitos oficial e informal (este, do tipo Hospital Espírita, uma instituição da cidade, ou guia espiritual; como o pastor etc.) em complementaridade, ou, pelo menos, sem antagonismo.

Deparamo-nos, aqui, com um bom exemplo de representação do corpo subjacente à representação da doença, e que termina por orientar a escolha das estratégias diante desta. A característica ambígua dos nervos, sua posição intermediária na relação corpo-mente, sua dupla função, medular e defensiva, parecem estar na base do sistema. Uma surpresa negativa (contrariedade, susto, medo), bem como uma doença orgânica (a febre tifóide, por exemplo), podem provocar um abalo nesta estrutura, gerando a loucura, ou a "fraqueza do juízo", de forma que são eles os responsáveis pela estabilidade mental. Ao mesmo tempo, seu caráter misterioso (material ou espiritual?) de armação invisível, mas poderosa, facilita a relação com as doenças "não medicinais" atribuída à doença mental.

Estratégias da Saúde: A prevenção

Com relação à prevenção, as respostas em vantagem são as que a precognizam (6). As entrevistadas, que afirmam dispensá-la (4), o fazem em decorrência da sua concepção da origem da saúde: ela é um dom de Deus, por conseguinte, não é preciso preocupar-se com ela (caberia uma exploração posterior a respeito desse tipo de resposta: corresponderia a segmentos mais tradicionais, de relação mais profunda com o campo?) Entretanto, interrogadas sobre o que fazem para evitar adoecer, mesmo as que negam a necessidade da prevenção arrolam medidas preventivas, indicando sua preocupação e participação na manutenção da saúde. As que efetivamente a entregam ao mistério divino, negando qualquer atuação de sua parte, ficam em minoria (2) afirmam não fazerem nada para conservar a saúde; não se cuidam). Incide aqui o peso de uma visão fatalista do homem, tão encontrada no meio rural, e que seria precipitado criticar sem levar em conta as condições de existência, que historicamente conformaram tal visão como recurso de auto-preservação, inclusive psíquica.

As práticas preventivas mencionadas pelas informantes são coerentes com a integração corpo-espírito anteriormente descrita. Elas abarcam tanto hábitos corporais como a higiene mental. A prevenção, configurada como higiene de vida, é indicativa de uma representação abrangente da saúde, nesta amostra, que não separa saúde mental e somática como coisas estanques.

Os cuidados relativos à mente, como a distração ("Se a gente cuida da cabeça, procura ter sempre a mente arejada, sair, se divertir, aí você está

cuidando da sua cabeça."), são tão presentes nas respostas como os hábitos corporais, tais como dormir bem, não fumar. Em seguida, estão os cuidados com a alimentação (comer bem, não comer o que faz mal), quase na mesma proporção que o controle médico periódico.

Estes resultados nos levam a dois tipos de reflexão. O primeiro, corroborando a perspectiva da visão integral do homem e de sua saúde, é o que permite supor ser esta uma das explicações para a procura, nos circuitos informais, de pessoas que tratam da saúde da maneira mais abrangente possível. Ou seja, prodigando remédio para os males do espírito, e não só do corpo. A partir disto, seria por demais simplificador acreditar que as classes populares procuram os curandeiros, os pastores e rezadeiras apenas pela sua condição econômica, ou pela sua visão "mágica" de mundo, facilmente identificada com "ignorância" (Boltanski, 1979). A representação da saúde seria, pois, uma vez mais, uma das orientadoras para a escolha de estratégias a seguir.

A segunda reflexão a fazer é de que a prevenção, como se pode ver, se baseia fundamentalmente em práticas que não acarretam gastos adicionais para essa população, tão carente. A distração, por exemplo, se refere à conversação, ou aos bons pensamentos ("... me trato somente pra me animar, né, porque a doença, a gente fica pensando nela, a gente fica nervoso, né? Porque nós temos que tirar aquele pensamento. A gente vai pra casa dum vizinho, conversa, aí aquilo sai todo, né?" (I. B., 53 anos), e não no consumo de bens de lazer. Da mesma forma, os hábitos de vida, ligados à conservação da saúde (mesmo podendo representar às vezes uma aspiração mais do que uma realidade), são muito mais de evitação (evitar extravagâncias, não beber, não comer comida pesada) do que de acréscimo (tomar vitaminas, por exemplo). Isto, certamente, é uma marca da situação objetiva da população em que se insere a amostra. Entretanto, o que é interessante observar é a escolha de estratégias, baseadas seja na solidariedade (conversa com vizinhos, "uma boa amizade", bem como a troca de experiências no domínio da administração da saúde familiar), seja na proximidade de visão de mundo e da saúde (afinidade com os especialistas da medicina "não-científica"). Isto nos indica que, para estas mulheres, a rede que envolve a prevenção e a gestão da saúde é bem mais ampla do que estamos habituados a considerar. Ela passa por todos esses contactos, enfeixando todo o seu cotidiano. Ainda que, de novo, se possa argumentar que, nas suas condições de existência, isso é perfeitamente justificável, cabe acrescentar que, ao mesmo tempo, traduz, sob a forma mais racional, a utilização dos recursos que essas condições oferecem. E abarca, uma vez mais, uma gama ampla de aspectos, coerente com uma visão integrada da saúde e da assistência que a ela se pode dar. Fica evidente, por outro lado, que a rede oficial de cuidados médicos entra no tecido geral da prevenção, urdido pela amostra como um elemento a mais, somente.

Esta foi uma das partes onde se colocou de maneira mais evidente o problema metodológico da pesquisa: até que ponto a presença da pesquisadora, oriunda da "legitimidade" acadêmica tanto quanto o saber sobre o qual investiga, permite a emissão de respostas objetivas pelas pesquisadas? As respostas que tratam da avaliação dos serviços e agentes de saúde constituíram, pois, as mais delicadas a serem analisadas, a partir desta preocupação.

Com efeito, perguntadas sobre a relação com o médico, todas as afirmações, à exceção de uma, no primeiro momento, são elogiosas, ou pelo menos neutras. Vemos repetir-se aqui o mesmo tipo de comportamento havido no início da entrevista, onde a resposta sobre a origem da saúde (Deus) é diferida. Ou seja, de início, ela é encoberta por um discurso, que persegue o que a entrevistada pensa ser a expectativa da entrevistadora. A resposta definitiva é escamoteada, só vindo à tona mais tarde, no decorrer da entrevista, às vezes durante o relato de uma experiência concreta, ou sob a forma de um desabafo que não pode mais ser contido.

Assim, a resposta diferida sobre a relação do médico com a paciente termina por revelar que ela é desagradável ou indiferente, com a mesma frequência que é atenciosa ou positiva. Fica claro nos depoimentos o tratamento infantilizador que é dispensado às mulheres, sobretudo através da linguagem médica, que não leva em conta nem a ansiedade delas para saberem o que ocorre, nem o aspecto educativo da forma de informar. Uma entrevistada conta:

... "numa consulta no Hospital Escola essa menina tava assim esverdeada de tão amarela. Essa criança tá é morta de anemia; fiquei com o coração na mão. E ele (o Dr. A.) explicou, explicou praquês alunos. Aí eu perguntei da anemia dela e aí ele olhou pra mim e disse: Eu falei em anemia? Eu disse: Não. Aí ele disse: Como é que eu ia falar numa coisa que a criança não tem? Aí eu disse pra ele assim: Mas o senhor falou tanta coisa, que subia, que descia, que eu pensava que no meio disso tudo tinha anemia. Ele riu tanto..." (M. E., 31 anos).

Com relação à eficácia, são relatados tantos casos de acertos quanto de erros médicos. Aqui se esclarece um pouco melhor a dificuldade em responder sobre a má relação médico-paciente. O médico é colocado como alguém que detém um saber, que regulamenta, ou corrige as falhas da saúde, dom de Deus. Evidentemente, o peso deste saber, que o próprio médico faz sentir, está interrelacionado nas pessoas pelo efeito da ideologia circulante, e, acrescido desta representação da fonte da saúde, confere ao especialista um *status* quase sacerdotal (... "abaixo de Deus, só o médico..."), o que torna difícil criticar. Assim, mesmo as suas falhas são justificadas, muitas vezes:

"A médica falou que a menina não podia operar o cisto na vagina senão ela ficava... sem honra, né? Aí, eu fiquei apavorada... Aí, quando eu chego noutro médico, ele falou que não tem nada a ver uma coisa com

outra. Quer dizer que se eu não tivesse procurado outro médico, a menina ia ficando doente (...) a Dra. G. também é ótima, apesar dela ter dito que se operasse a menina, ela ficava assim. Mas ela, em todo caso, ela não opera, ela só faz tratamento, né. Quer dizer que ela disse assim porque ela não tinha, acho, tão certo, né, como o médico que é operador, né, que é diferente..." (M. E., 37 anos).

Quanto aos serviços de saúde, as mulheres mencionam com mais facilidade os problemas da sua relação com eles. Em primeiro lugar, está a demora do atendimento (50% das menções). Em seguida, vêm as críticas que atingem a instituição em sua essência (30%): não permite escolher o médico, dispensa tratamento de efeito rápido (antibiótico, injeções). Por último, comentam como são tratadas — recebem maus tratos das enfermeiras quando hospitalizadas etc. Mas também elogiam os períodos de hospitalização, com referências lisonjeiras às estagiárias ("fora de série"...), aos cuidados recebidos.

A avaliação destes serviços se dá em boa parte em função da situação geral das informantes, (o que Asch (1966) chamaria seu contexto): a demora prejudica o trabalho dos maridos, do lar, é desagradável ir ao INAMPS, quando não se conhece ninguém lá. Podemos agora entender melhor seus critérios de julgamento, inserindo-os na sua representação geral da saúde. A base da avaliação não se situa na eficácia tal como ela é colocada habitualmente, em termos de resultados produzidos (reintegração à produção, reposição da força de trabalho), mas sim em termos de adequação ou não às suas necessidades e expectativas. A demora no atendimento não prejudica apenas a saúde, e, nesta, não só aquilo que tem para ser atendido naquele momento. As medicações de efeito rápido são recriminadas por seu caráter tóxico, que não vê o todo, e termina sendo iatrogênica ("O antibiótico diminui os glóbulos vermelhos...").

Em suma, são duas concepções de mundo que se antepõem. A dos serviços de saúde, burocráticos, massificantes, que servem aos interesses do sistema, oferecendo uma medicina basicamente curativa, especializada, que fragmenta o corpo e o desumaniza. E a de nossa população, que no seu saber peculiar, vê o ser humano como integral e integrado, não desarticula corpo e mente, saúde e condições de existência.

CONCLUSÕES

As conclusões que se podem tirar de um trabalho de dimensões tão limitadas — e limitantes — só podem ser consideradas como exploratórias; são indicações para a continuidade da reflexão e da pesquisa, uma vez que os objetivos propostos não puderam ser alcançados, como foi explicitado anteriormente. Ficam, porém, alguns pontos para debate, que vão na direção da proposição inicial.

Embora não se possa fazer qualquer generalização, percebe-se que os estereótipos correntes de que, no tocante à saúde, as classes populares são ignorantes e desinteressadas, são contrariados pela nossa amostra. As entrevistadas têm em

alta conta a saúde, dando definições claras do que vem a ser, de onde vem e de como preservá-la. Da mesma maneira, sabem perfeitamente avaliar os serviços existentes. O que acontece é que o fazem com enfoques distintos dos que são utilizados a nível oficial, ou por outras classes sociais, já que se baseiam no ângulo de visão próprio do lugar que ocupam na escala sócio-econômica e cultural. (As amostras dos outros grupos previstos no plano da pesquisa teriam sido essenciais para verificar a diferenciação, ou não, segundo essas variáveis, como estipulavam as hipóteses iniciais.)

Esta situação de classe colocou algumas questões metodológicas ao desenrolar do trabalho, provenientes da assimetria pesquisadora-pesquisadas, que sempre tende a enviesar os resultados (Thiollent, 1982). Foi assim que pudemos perceber o fenômeno da resposta diferida, que é a tendência das interrogadas a dizerem no primeiro momento aquilo que a pesquisadora espera ouvir (ou o que as pesquisadas supõem que ela espera). A resposta final (a que mais reflete a sua prática, ou a sua realidade) só é revelada num outro momento da entrevista. A resposta diferida, na verdade, permitiu-nos descobrir a existência de discursos paralelos na fala das mulheres. Um, incorporando os valores da "modernidade", as concepções da "ciência", e outro, subterrâneo, expresando o saber empírico das pesquisadas. Um exemplo típico era a resposta à pergunta: O que a sra. faz quando alguém adoece na família? O médico aparecia freqüentemente como a primeira escala. Entretanto, o desenrolar da discussão deixava transparecer o itinerário percorrido antes de chegar a ele, que podia incluir a medicina popular, a auto-medicação, deslocando-o para segundo ou terceiro pouso do percurso. Aí se vê que a distância social provoca uma primeira resposta que tende a se alinhar sobre a imagem que é projetada pelo pesquisador. Este fato permite captar o estágio em que se encontra o processo chamado por Moffatt (1980) de "decapitação cultural". Esta empreitada, que busca submeter os indivíduos, ao descaracterizá-los e transmutar sua identidade cultural, "desconhecendo a cultura popular, que tem suas raízes na terra, e substituindo-a por outra, abstrata e de origens longínquas" (p. 60), não é absoluta, entretanto. Se diante da pergunta, formulada por uma representante da cultura hegemônica, se dá a resposta considerada "adequada", escamoteando as verdadeiras raízes, mais adiante elas afloram, provando que subsistem no cotidiano das pessoas. Ao mesmo tempo, diferir a resposta indica que, frente ao pesquisador, a primeira reação é a da aculturação, negação de sua própria identidade. É este conflito de universo, o tradicional, de origem rural, e o "moderno", encarnado, no caso, pela ideologia médica oficial, o indicador de que estamos diante de uma população em plena transição de valores, em (re)elaboração de identidade. Daí brota o rico material das representações encontradas — a doença, com seu conteúdo fantasmático, e a saúde com seu vigor quase mítico; o convívio entre o novo e o velho — a tradição e a "ciência"; a obediência aos dois senhores — o guia espiritual (o pastor, o curandeiro) e o guia corporal (o médico, o farmacêutico). Daí flui a base da racionalidade peculiar que rege a administração da saúde familiar por estas mulheres.

Com efeito, seu discurso revela uma aguda sabedoria, que combina os elementos que acabamos de mencionar. Ela se expressa, em primeiro lugar, na representação globalizante que produzem com relação à saúde e ao ser humano. É uma visão integrada, que não separa corpo e psique, binômio que a medicina oficial tem tanta dificuldade em incorporar, fragmentando cada vez mais os que a procuram, em incontáveis especialidades. Em segundo lugar, vemos na amostra a capacidade de utilizar da melhor maneira possível os recursos existentes, sejam eles as ervas e minerais que produzirão a medicação, seja a rede de solidariedade entre pares, que servirá de derivativo e lugar de intercâmbio para os problemas a enfrentar no dia a dia. Esta capacidade se completa com a perspicácia de saber reconhecer seus limites e calcular o momento de entregar a saúde dos familiares a um outro circuito.

Esta maneira de gerir a saúde familiar, que passa por estratégias diversificadas mas não antagônicas, configura uma visão da gestão da saúde situada a contra-corrente das políticas e sistemas oficiais de saúde. Na verdade, os pontos de partida destas e das mulheres de nossa amostra são suficientemente diferentes para gerar perspectivas praticamente opostas. A visão oficial parte de considerações, onde a eficácia é tomada do ponto de vista do sistema de produção no qual se inserem. Isto implica dizer, como autores tais como Picaluga (1982), Cordeiro (1980), Gentile de Mello (1977) entre outros, que é uma eficácia para o sistema e não centrada no usuário, o que explicaria o tipo de funcionamento, atendimento e tratamento dispensados pelos serviços de saúde.

Já as classes populares, de que as entrevistadas não deixam de ser uma amostra, apesar de pouco representativa, partem de sua situação objetiva, e nela a saúde é um eixo, como se viu, e não um algo mais, que pode ser desvinculado do resto da relação com a vida e das relações de produção que a subjagam. Ainda que isto não apareça de forma consciente, estas terminam sendo a determinação central (Moscovici, 1976) das representações encontradas. Estas, já se evidenciou, vão constituir-se nos guias da ação, bem como da escolha do caminho a seguir e das avaliações feitas pela amostra.

Não é difícil perceber, a partir destas representações, estratégias e avaliações, que elas poderiam servir de indicadores para uma nova política de saúde, já que expressam os anseios, as práticas e necessidades desta faixa da população. Não discutiremos aqui qual seria esta política por fugir ao propósito deste artigo e implicar, por si só, num outro trabalho. Cabe apenas ressaltar, uma vez mais, o papel que a Psicologia Social poderia ter no traçar de políticas calçadas na realidade de seus destinatários, uma vez que sua contribuição para a compreensão desta, como se viu, é inegável, ao situar-se entre as disciplinas que penetram no subjetivo, como forma de explicação do objetivo e que buscam desvendar a interação entre o ser humano e seu meio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARRUDA, A. M. S. *Medicina Popular: Um Saber e sua Difusão. Psicologia e Sociedade* n.º 4, São Paulo, ABRAPSO, 1983.
- ASCH, S. *Psicologia Social*. São Paulo, Nacional, 1966.
- BOLTANSKI, L. *As Classes Sociais e o Corpo*. Rio de Janeiro, Graal, 1979.
- CORDEIRO, H. *A Indústria da Saúde no Brasil*, Rio de Janeiro, Graal, 1980.
- GENTILE DE MELLO, C. *Saúde e Assistência Médica no Brasil*. São Paulo, CEBES/HUCITEC, 1977.
- HERZLICH, C. *La Représentation Sociale*. Moscovici, S. *Introduction à La Psychologie Sociale*. Paris. Larousse, 1972.
- JODELET, D. *La Représentation Sociale du Corps*. Paris, EHESS, 1981.
- KAES, R. *L'Image de la Culture chez les Ouvriers Français*. Paris, Cujas, 1968.
- LOYOLA, M. A. *Médicos e Curandeiros*. Rio de Janeiro, DIFEL, 1984.
- MOFFATT, A. *Psicoterapia do Oprimido*. São Paulo, Cortez, 1980.
- MOSCOVICI, S. *La Psychanalyse, son Image, son Public*, Paris, PUF, 1976.
- PICALUGA, I. F. *Saúde e Trabalho*. IBASE, *Saúde e Trabalho no Brasil*. Rio de Janeiro, Vozes, 1982.
- THIOLLENT, M. *Crítica Metodológica, Investigação Social e Enquete Operária*. São Paulo, Polis, 1982.

ROTEIRO DE ENTREVISTA

- Quando pensa em saúde, o que lhe vem à cabeça?
- Quando pensa em doença, o que lhe vem à cabeça?
- Tem ou teve doenças na família? Quais?
- Existem tipos diferentes de doenças? Quais?
- Fora as doenças do corpo, que outro tipo de doença conhece?
- O que faz quando alguém adoecer na família?
- Que tipo de médico consulta? Onde? Por quê?
- Tem consultas de quanto em quanto tempo? De quê?
- O que o médico faz?
- Faz o que o médico manda? Por quê?
- Como acha o médico?
- Como trata alguém que adoecer na família?
- Está tomando alguma medicação? Qual? Para quê?
- Toma algum chá, lambedor etc? Qual? Para quê?
- O que mais a preocupa com relação à saúde sua e de seus familiares? Por quê?
- Quais são as doenças piores? Por quê?
- Pode-se evitar de adoecer? Como?
- Quem tem saúde, precisa se cuidar? Como?
- Tem algum cuidado especial com a saúde? Qual?

- Alguém da família tem esses cuidados?
- Há algum alimento que pode fazer mal? Qual? Por quê?
- A vida que leva, como é, para a saúde? Por quê?
- Como era antes? Por que? Há diferença entre a vida no campo e na cidade, para a saúde? Qual?
- O que é saúde, para você?
- E doença?
- O que é uma pessoa sã?
- E uma pessoa doente?
- O que faz ter saúde, de onde vem a saúde?
- O que faz adoecer, de onde vem a doença?
- Uma pessoa pode ter saúde sempre?
- Pode existir um lugar no mundo onde não haja doença?