

**IPOJUCAN CALIXTO FRAIZ**

**GESTAÇÃO: ITINERÁRIO TERAPÊUTICO E PEREGRINAÇÃO**

**Um estudo sociológico da perda do bebê no bairro Sítio Cercado - Curitiba**

**Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre, Curso de Pós-Graduação em Sociologia, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Paraná.**

**Orientador: Prof. Dr. José Miguel Rasia**

**CURITIBA**

**MAIO 2001**

*Existe atrás de nossos olhos  
Aquela ânsia de querer um pouco mais,  
De saber mais,  
De conhecer mais o terreno.*

Iso Fischer

*À Solange*

## AGRADECIMENTOS

Ao Professor Dr. José Miguel Rasia, orientador deste trabalho, que se mostrou incansável durante as longas e freqüentes discussões do tema. Por ter nos ensinado a depositar um olhar sociológico sobre os problemas de saúde mas, principalmente, pela afetividade com que acolhe seus alunos.

Aos professores do Mestrado em Sociologia da Universidade Federal do Paraná, pela competência com que ensinaram o pensamento sociológico para alunos de saberes tão diversos.

Aos colegas do Departamento de Saúde Comunitária, pela solidariedade com que tratam aqueles que se afastam para pós-graduação, assumindo sua carga de trabalho.

À equipe do Centro de Epidemiologia da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, em especial à Karin, que sempre esclareceu nossas dúvidas, e ao Rogério, que sempre nos atendeu prontamente na coleta dos dados.

À equipe do Setor Socioeconômico do Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba, pela disponibilidade para prestar informações sobre a cidade e seus bairros.

Ao Angelo, do Distrito Sanitário Bairro Novo, que nos possibilitou a primeira aproximação com o bairro Sítio Cercado.

À Solange, que cedeu parte de seu tempo de lazer para traduzir os textos em francês que respaldaram este estudo. E, ainda, por ter compartilhado todas as etapas da pesquisa.

À Cynthia, que sempre se preocupou em nos trazer, em primeira mão, as informações sobre as ações de saúde em Curitiba.

Ao Jean Claude Guyot, que também nos inspirou a buscar a sociologia para entender a saúde.

A meu pai, Argemiro, a quem devo o gosto pela pesquisa e pela saúde comunitária. Quando prefeito de uma pequena cidade, permitiu-me, como criança,

acompanhá-lo nas suas andanças pela zona rural coletando os vetores da doença de Chagas.

À minha mãe, Catarina, professora que acreditou na educação pública, responsável pelo amor que tenho à docência.

Ao Iso Fisher, amigo e médico homeopata, cuja música esteve sempre presente na construção deste texto.

E, em especial, às mulheres entrevistadas e a suas famílias, cujo sofrimento tantas vezes nos emocionou.

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE TABELAS</b> .....	viii
<b>RESUMO</b> .....	viii
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	1
1.1 OS TEÓRICOS DAS ORGANIZAÇÕES NA COMPREENSÃO DO SUS.....	2
1.2 AS HIPÓTESES DE TRABALHO .....	5
1.3 OS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....	6
<b>2 REPRESENTAÇÃO SOCIAL E AÇÃO SOCIAL</b> .....	11
2.1 O SENTIDO DA AÇÃO.....	11
2.2 A PSICANÁLISE E AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS .....	14
2.3 O PAPEL DO DISCURSO NA REVELAÇÃO DO AGENTE .....	16
2.4 OS UNIVERSOS REIFICADOS E OS UNIVERSOS CONSENSUAIS.....	18
2.5 AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS .....	21
<b>3 EPIDEMIOLOGIA: UM PONTO DE PARTIDA</b> .....	28
3.1 A IMPORTÂNCIA DA EPIDEMIOLOGIA .....	28
3.2 A DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA.....	32
3.3 ALGUNS INDICADORES DE SAÚDE DA CIDADE DE CURITIBA.....	39
<b>4 NO SÍTIO CERCADO: UM BAIRRO NOVO, VELHOS PROBLEMAS</b> .....	45
4.1 O BAIRRO DO SÍTIO CERCADO: CARACTERÍSTICAS.....	45
4.2 A OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO SÍTIO CERCADO .....	52
4.3 A EPIDEMIOLOGIA NA ESCOLHA DO SÍTIO CERCADO.....	54
<b>5 DO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO À PEREGRINAÇÃO</b> .....	64
5.1 O CASO MARLENE .....	64
5.2 OS SETORES PÚBLICO E PRIVADO.....	67
5.3 A PEREGRINAÇÃO NO LUGAR DO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO .....	68
5.4 O SUS REAL E O SUS PRESCRITO .....	69
5.5 O TEMPO SUBJETIVO E O TEMPO CLÍNICO .....	72
5.6 A PEREGRINAÇÃO DENTRO DO SISTEMA DE SAÚDE.....	76

<b>6 GARANTIA, SOFRIMENTO E ABANDONO .....</b>	<b>80</b>
6.1 O SENTIMENTO DE ABANDONO .....	80
6.2 AS REDES DE SOLIDARIEDADE .....	82
6.3 A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO SUS PELAS ENTREVISTADAS .....	84
6.4 A GARANTIA PROFISSIONAL.....	90
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>96</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>101</b>
<b>ANEXO 1 - LOCALIZAÇÃO DO BAIRRO SÍTIO CERCADO EM CURITIBA.....</b>	<b>105</b>
<b>ANEXO 2 - EQUIPAMENTOS DE SAÚDE DO BAIRRO SÍTIO CERCADO.....</b>	<b>107</b>

## LISTA DE TABELAS

1 - RELAÇÃO ENTRE O PIB PER CAPITA E O COEFICIENTE DE MORTALIDADE MATERNA POR 100.000 NASCIDOS VIVOS EM DIFERENTES PAÍSES.....	40
2 - SÉRIE HISTÓRICA DE MORTALIDADE MATERNA EM CURITIBA - 1982-1999.....	41
3 - INTERVALOS DE CONFIANÇA DOS COEFICIENTES DE MORTALIDADE MATERNA - 1994-1999.....	41
4 - COEFICIENTES DE MORTALIDADE INFANTIL E SEUS COMPONENTES - CURITIBA - 1979-1999.....	42
5 - POPULAÇÃO DE CURITIBA E DO BAIRRO SÍTIO CERCADO - 1970/1996.....	48
6 - DENSIDADE DEMOGRÁFICA (HABITANTES/HECTARE) DE CURITIBA E DO BAIRRO SÍTIO CERCADO - 1970/1996.....	48
7 - POPULAÇÃO TOTAL POR BAIROS, TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL E DENSIDADE DEMOGRÁFICA - 1996.....	49
8 - TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DE CURITIBA E DO BAIRRO SÍTIO CERCADO - 1970-80/1980-91/1991-96.....	49
9 - PERFIL DE RISCO NO BAIRRO SÍTIO CERCADO - 1998.....	51
10 - PERFIL DE RISCO POR DISTRITO SANITÁRIO - 1998.....	52
11 - EQUIPAMENTOS SOCIAIS NA ÁREA DE SAÚDE EXISTENTES NO BAIRRO SÍTIO CERCADO E ANO DE INAUGURAÇÃO.....	54
12 - DISTRIBUIÇÃO, POR BAIROS, DOS ÓBITOS PERINATAIS OCORRIDOS ENTRE OS RESIDENTES EM CURITIBA - 1998.....	55
13 - DISTRIBUIÇÃO DOS ÓBITOS PERINATAIS OCORRIDOS EM CURITIBA, POR HOSPITAL - 1998.....	57
14 - GRAU DE INSTRUÇÃO DAS MÃES DOS CASOS DE ÓBITO PERINATAL EM CURITIBA - 1998.....	58
15 - GRAU DE INSTRUÇÃO DOS PAIS DOS CASOS DE ÓBITO PERINATAL EM CURITIBA - 1998.....	58
16 - IDADE DAS MÃES DOS CASOS DE ÓBITO PERINATAL EM CURITIBA - 1998.....	59
17 - IDADE, GRAU DE INSTRUÇÃO E OCUPAÇÃO HABITUAL DAS MÃES EM CASOS DE ÓBITOS PERINATAIS DO SÍTIO CERCADO - CURITIBA - 1998.....	60
18 - GRAU DE INSTRUÇÃO E OCUPAÇÃO HABITUAL DOS PAIS EM CASOS DE ÓBITOS PERINATAIS DO SÍTIO CERCADO - 1998.....	61
19 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DOS ÓBITOS PERINATAIS DO SÍTIO CERCADO - CURITIBA - 1998.....	62



## RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma organização em construção no país. Tem como eixo principal o processo de descentralização, transferindo aos municípios a responsabilidade sobre a questão da saúde. É nesse palco que se insere o problema da mortalidade perinatal, com seus índices persistentemente altos. Este estudo teve como objetivo identificar as representações sociais sobre a mortalidade perinatal entre as mulheres que perderam seus bebês. Partindo dos dados epidemiológicos selecionamos o bairro Sítio Cercado, na cidade de Curitiba-PR, onde ocorreram, em 1998, 43 mortes no período perinatal. Entrevistamos 17 das mulheres que vivenciaram essas mortes. Os resultados mostraram que a equipe da Unidade Básica de Saúde faz parte de uma rede de solidariedade que a mulher cria ao seu redor, oferecendo-lhe garantia. Porém, essas mulheres e suas famílias não puderam seguir um fluxo de atendimento hierarquizado, como prescreve o SUS. Em vez disso, peregrinaram pelo sistema de saúde. A quebra da garantia ocorreu principalmente no sistema hospitalar e às mulheres foi imposto um sofrimento adicional.

## 1 INTRODUÇÃO

Este tema foi por nós escolhido por ter se constituído numa preocupação importante ao longo do nosso exercício profissional. Enquanto médico, tendo oportunidade de atuar na assistência à saúde infantil, tanto em ações comunitárias como em hospitais, não foram poucas as vezes em que a morte de um recém-nascido denunciava os conflitos entre os atores sociais envolvidos. Havia uma clara tendência de essas mortes ocorrerem nos segmentos mais pobres da população. E, embora o problema possa ser colocado do ponto de vista econômico, o que vamos abordar é a relação do usuário com o sistema de serviços responsável por oferecer respostas assistenciais às demandas de saúde da população.

O Sistema Único de Saúde (SUS) está longe de ser, enquanto organização, uma construção madura capaz de responder às necessidades sanitárias da população. Muito se avançou, utilizando-se a estratégia de descentralização das políticas públicas de saúde, o que aproximou a população do palco de decisões destas políticas. Assim, a reflexão sobre o estágio em que se encontra a construção do sistema de saúde idealizado na década de 80, e o estudo das representações sociais que se encontram nas mulheres e suas famílias a respeito da gravidez, do parto e do recém-nascido têm como intenção trazer contribuições para a revelação dos entraves nessa construção.

Entendemos que estudar estes mecanismos por meio de um enfoque sociológico permite revelar causas que estão ligadas aos sistemas de poder e saber onde o setor público não ousou ou não pôde interferir.

Estudar este tema a partir das relações entre os atores sociais é reconhecer a determinação social do processo saúde-doença e, conseqüentemente, o papel da cultura nas relações entre a população e os prestadores de serviços de saúde.

O presente trabalho, ao revelar os entraves na organização SUS e as dificuldades nas suas relações com o contexto, pode contribuir para que os gestores

das políticas públicas de saúde as redirecionem e para que a sociedade se organize no sentido de aumentar a participação popular na consolidação de um modelo assistencial à saúde que atenda às necessidades de saúde da população como um todo.

O objetivo que perseguimos na realização da pesquisa foi identificar as representações sociais sobre a mortalidade perinatal<sup>1</sup> dos atores sociais entre as mulheres (e suas famílias) que perderam seus bebês no Sistema Único de Saúde.

Ao se estudar as representações sociais presentes na mortalidade perinatal estaremos trabalhando dentro da organização Sistema Único de Saúde. Analisar este sistema de saúde a partir das teorias sociológicas das organizações permite-nos compreender que a interação existente entre os atores sociais envolvidos nesta organização e a sua relação com o contexto estarão refletindo um jogo complexo de interesses entre os diversos atores, como os profissionais de saúde, os dirigentes hospitalares, os gestores municipais de saúde, os políticos, os conselhos locais de saúde, as famílias, divididos em categorias como público e privado, que engendram dentro da organização Sistema Único de Saúde uma rede de relações sociais.

Essas relações podem ser abordadas a partir das várias lógicas: política, econômica, administrativa, profissional, social e cultural. Fizemos um recorte que trabalha principalmente com as lógicas social e cultural.

## 1.1 OS TEÓRICOS DAS ORGANIZAÇÕES NA COMPREENSÃO DO SUS

Ao buscar, na sociologia das organizações, teorias que possam ajudar a entender o SUS enquanto uma organização complexa e com dificuldades em atingir

---

<sup>1</sup> Segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Revisão (CID-10), da Organização Mundial de Saúde, a mortalidade perinatal representa as mortes do feto ocorridas a partir da 22.<sup>a</sup> semana de gestação, somadas às mortes de recém-nascidos até o 7.<sup>o</sup> dia de vida. Além desse critério, inclui-se em mortalidade perinatal os casos de óbito em que o feto pesa ao menos 500 gramas.

seus fins, logo de início percebe-se a insuficiência das *teorias clássicas*, cujos maiores representantes são TAYLOR (1992) e FAYOL (1968). Estes autores trabalharam com a idéia de que uma ciência da organização poderia resolver os problemas existentes nas organizações, não levando em conta como o homem era explorado no setor de produção e no setor de serviços para aumentar a produtividade. MARCH e SIMON (1975) contribuíram com esta discussão ao nos apresentar o conceito de *racionalidade limitada*, em que os autores afirmam que o ator social é incapaz de ser perfeitamente racional, sendo que esta incapacidade poderia ser substituída pela organização, a qual, por ser racional, diminuiria a incerteza, o imprevisto e, portanto, a irracionalidade. Mas aqui nos perguntamos se o SUS é uma organização capaz de, por si só, oferecer tal racionalidade. Outros autores, ligados à Escola das Relações Humanas, trouxeram-nos importantes contribuições, mostrando que o ator social tem um papel importante para o estudo das organizações, com suas motivações e comportamentos. Assim, as organizações são vistas como um sistema social e passa-se a reconhecer o papel das organizações informais que podem existir dentro das organizações formais (MOUZELIS, 1967).

Ora, a partir do que foi exposto pensamos o SUS como uma organização formal em que atuam atores sociais com comportamentos, valores e interesses, imbuídos de uma racionalidade não onisciente mas limitada, como defendem MARCH & SIMON, e criando organizações informais tão ou mais importantes que as formais, engendrando no seu interior convergências e divergências. Para entendermos o SUS é necessário entender a organização dentro de sua complexidade e considerar os processos de interação e negociação presentes no seu interior. FRIEDBERG (1996, p. 406) propõe que façamos essa passagem:

...da noção simples de um conjunto de noções coerentes, claramente delimitadas e hierarquizadas, ordenadas e postas em movimento unicamente pela racionalidade, ela própria formalizada com fins claros e unívocos, para uma noção simultaneamente fluida e complexa de uma arena ou de um contexto de ação em que se processa e entrecoca uma multiplicidade de estratégias de comportamento a serviço de uma multiplicidade de interesses divergentes, quando não contraditórios.

Com isto fomos além da visão clássica, mas estamos necessitando avançar, pois as relações com o contexto ainda não estão devidamente valorizadas.

É em STINCHCOMBE (1965) que encontramos este aporte teórico para compreender a relação das organizações com o seu contexto. Primeiramente, para entender a emergência do SUS como organização, fruto da luta do Movimento da Reforma Sanitária num momento de redemocratização, quando as condições do contexto permitiram a criação do SUS enquanto uma organização formal. Além disso, esse autor, com sua teoria da correlação entre a idade e a estrutura das organizações, permite-nos compreender as semelhanças entre as Reformas Sanitárias Brasileira e Italiana. Este fato também pode ser estudado à luz do conceito de *isomorfismo*, descrito por HAWLEY como "um processo limitador que força uma unidade de uma população a assemelhar-se com outras unidades que enfrentam o mesmo conjunto de condições ambientais". (citado por DIMAGGIO e POWELL, 1991, p. 66). Trata-se, neste caso, de um *isomorfismo mimético*, pois a reforma italiana inspirou setores de esquerda no Brasil a construir um ideário de sistema de saúde semelhante ao seu, como relata GERSCHMAN (1995, p. 41):

Neste contexto inscreve-se o processo de reformulação do setor da saúde que culminou com a proposta de Reforma Sanitária Brasileira. O processo se iniciou em meados dos anos 70 e teve como liderança intelectual e política o autodenominado "Movimento Sanitário". Tratava-se de um grupo restrito de intelectuais, médicos e lideranças políticas do setor da saúde, provenientes na sua maioria do Partido Comunista Brasileiro (PCB) (...) Este grupo influenciou fundamentalmente o âmbito acadêmico e pode ser considerado como o mentor do processo de reformulação do setor. Foi influenciado pelo modelo da Reforma Sanitária italiana...

Se analisarmos o contexto político brasileiro atual é fácil perceber que ele é desfavorável à continuidade da construção de um sistema de saúde que contemple os princípios propostos quando da idealização do SUS.

Reforçando a relação com o contexto vamos utilizar ainda as concepções presentes no trabalho de NOHRIA e GULATI (1994) contemplando, no que chamam de terceiro estágio das teorias das organizações, a idéia de organizações como *sistemas abertos*. Isto nos dará a perspectiva de analisarmos o SUS a partir de um enfoque mais sociológico, pois sua relação com a sociedade estará privilegiada.

Devemos agregar aqui, para estudar o nosso objeto de investigação, a noção de "campo organizacional", compreendida como "aquelas organizações que, no conjunto, constituem uma área reconhecida da vida institucional: fornecedores-chaves, consumidores de produtos e de recursos, agências reguladoras, e outras organizações que produzem serviços ou produtos similares" (DIMAGGIO e POWELL, 1991, p. 55). Ora, o SUS é uma organização muito complexa e esta noção de campo organizacional é necessária para encontrarmos resposta para o problema por nós colocado, pois qualquer tentativa de corrigir a trajetória do SUS envolve um conjunto complexo de interesses dentro do campo organizacional no qual o SUS se insere.

## 1.2 AS HIPÓTESES DE TRABALHO

Neste estudo buscamos analisar as representações sociais sobre mortalidade perinatal e a percepção dos atores sociais sobre a assistência propiciada pelo SUS durante a gravidez, parto e puerpério. Partimos das seguintes hipóteses de trabalho:

- a) Os altos índices de mortalidade perinatal são de responsabilidade também de um sistema de saúde que está se organizando com dificuldade. O fato de que as mortes infantis mais tardias encontraram, nas últimas duas décadas, uma diminuição importante e que as mortes ligadas ao atendimento ao parto encontram-se ainda elevadas, faz-nos levantar a hipótese de que existe um afunilamento no sistema de saúde no momento da assistência ao parto.
- b) A medicalização dos cuidados da gestação e do parto destituíram a mulher do poder sobre o seu corpo, deslocando este saber e poder para a medicina legitimada por um saber científico. Há um distanciamento entre as concepções sobre saúde e doença existentes no universo dos profissionais de saúde e aquelas que povoam o mundo dessas mulheres. Em relação às classes trabalhadoras este distanciamento chega a se configurar em posições contraditórias e o

código da medicina científica é colocado como o único legítimo (MINAYO, 1999, p. 186-7).

- c) A mulher necessita encontrar garantias na rede básica de saúde, e, quando isso acontece, ela busca a continuidade dessa relação de confiança durante a hospitalização. Se isto não ocorre, o sofrimento a que ela estará submetida irá alimentar a elaboração das representações sociais a respeito dos fatos ocorridos.

Em decorrência das hipóteses levantadas estabelecemos como objetivo desta investigação analisar as representações sociais sobre a mortalidade perinatal, o que levou à necessidade de partirmos do conhecimento acumulado pela epidemiologia, conhecimento este preponderantemente de natureza quantitativa. Mas, considerando a análise quantitativa apenas como ponto de partida, avançamos para uma metodologia qualitativa. Com isso aceitamos o desafio de LAURELL (1983, p. 136), que nos incita a definir o objeto de estudo de tal forma que "permita um aprofundamento na compreensão do processo saúde-doença como processo social". LAURELL, ao propor como modelo de determinação do processo saúde-doença a determinação social, refuta as explicações localizadas exclusivamente no universo do biológico e nos desafia a refletir sobre a natureza da saúde-doença enquanto objeto de estudo.

### 1.3 OS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Procedemos, neste trabalho, aos seguintes passos:

- a) levantamento bibliográfico sobre os temas envolvidos no estudo;
- b) levantamento dos dados epidemiológicos do ano de 1998 referentes à gestação, parto e ao recém-nascido, com ênfase nos dados de mortalidade perinatal;
- c) análise da distribuição desses dados na população;
- d) seleção de um bairro para o estudo de caso;

- e) entrevistas com as mulheres e, quando possível, com seus companheiros ou outros membros da família; utilizamo-nos da entrevista semi-estruturada, procurando refazer o percurso que a mulher percorreu entre o início da gravidez e a morte do bebê.

Escolhemos a entrevista semi-estruturada conforme descrita por THIOLENT (1980, p. 33-35) e HAGUETTE (1997, p. 89), que consiste em se colocar para o entrevistado um pequeno número de questões abertas, deixando-o falar livremente sobre o assunto. A técnica permitiu que a mãe, ao refazer o "itinerário terapêutico", trouxesse uma riqueza importante de detalhes para uma pesquisa qualitativa.

Dois fatos são essenciais para se entender o caminho metodológico adotado. O primeiro deles é que escolhemos como tema de pesquisa a mortalidade perinatal, e este termo é de domínio da epidemiologia. O segundo é que a abordagem escolhida não é a da epidemiologia, mas sim da sociologia. Isto posto, podemos dizer que o trabalho foi se configurando a partir das visitas que fizemos ao Centro de Epidemiologia da Secretaria Municipal da Saúde, em Curitiba, onde solicitamos aos profissionais que lá trabalham que fornecessem a relação de óbitos ocorridos em 1998 durante o período perinatal, entre os residentes de toda a Curitiba. A análise desses dados nos levou à escolha do bairro Sítio Cercado para o estudo de caso, e será apresentada no capítulo "No Sítio Cercado: um bairro novo, velhos problemas".

A análise dos dados epidemiológicos de 1998 foi um dos pontos de partida para a escolha do Sítio Cercado, pois naquele momento eram os dados mais recentes disponíveis na Secretaria Municipal da Saúde. Uma vez escolhida a região onde realizaríamos o estudo de caso, resolvemos levantar todas as declarações de óbitos perinatais de residentes no Sítio Cercado nesse ano.

De posse das declarações de óbito, por meio de sorteio simples ordenamos os endereços para as entrevistas e iniciamos o trabalho de campo. Eram 18 óbitos de recém-nascidos até 7 dias de vida e 25 óbitos fetais, totalizando 43 óbitos. O quadro 1, a seguir, faz uma síntese do número de entrevistas, bem como de recusas ou impedimentos.



QUADRO 1 - DEMONSTRATIVO DAS ENTREVISTAS, RECUSAS E IMPEDIMENTOS					
N.º	ENTREVISTA	RECUSA	MUDOU-SE	NÃO LOCALIZADO	NÃO INCLUÍDO NA AMOSTRA
01A					
02A					
03A					
04A					
05A					
06A					
07A					
08A					
09A					
10A					
11A					
12A					
13A					
14A					
15A					
16A					
17A					
18A					
01B					
02B					
03B					
04B					
05B					
06B					
07B					
08B					
09B					
10B					
11B					
12B					
13B					
14B					
15B					
16B					
17B					
18B					
19B					
20B					
21B					
22B					
23B					
24B					
25B					
TOTAL	17	03	05	07	11

FONTE: Pesquisa de campo

(1) As letras A e B indicam, respectivamente, óbitos neonatais precoces e óbitos fetais.

Quando não encontrávamos o endereço – e isso aconteceu em sete casos – ou em que havia recusa, o que ocorreu em três situações, ou ainda nos cinco casos em que a família havia se mudado para fora do bairro, passávamos para o endereço seguinte da lista. Esses casos de impedimento totalizaram 15 possíveis informantes.

As entrevistas foram feitas sempre com a mulher que perdeu o bebê, mas foi muito comum a presença do marido e, em outras vezes, de outros membros da família. Para a realização desse trabalho, elaboramos um roteiro de entrevista. Atribuímos, posteriormente, nomes fictícios às mulheres e a seus familiares, para preservar sua privacidade.

As entrevistas foram realizadas entre dezembro de 1999 e agosto de 2000. Além das entrevistas, houve diversas visitas às famílias, o que se estendeu até janeiro de 2001 e nos permitiu colher dados de observação e melhorar, a cada visita, a qualidade das informações. Logo no início das entrevistas percebemos a necessidade de retornos, pois muitas vezes a mulher manifestava interesse na presença de seu companheiro ou, no caso de adolescentes, de seus pais. Como o tema a ser abordado nas entrevistas era mobilizador de sofrimentos, também por este motivo foram necessárias várias aproximações para que a confiança se estabelecesse. Tínhamos uma preocupação quanto aos aspectos éticos, ou seja, nos perguntávamos se, ao estarmos tomando como objeto da pesquisa um evento de natureza privada, não estávamos gerando um sofrimento adicional a essas famílias. Contudo, as mulheres e suas famílias se prontificavam a contar e recontar sua história e, aparentemente, isso servia como uma forma de trabalhar melhor o seu problema. As entrevistas foram gravadas sempre que houve autorização para isso, e tiveram duração média de duas horas.

Percorremos praticamente todas as ruas do bairro e visitamos algumas unidades de saúde e a sede da administração regional de saúde, o que nos permitiu observar a dinâmica do cotidiano do bairro.

Uma vez que os dados começaram a se repetir depois de entrevistadas e observadas dezessete famílias, resolvemos considerar finalizadas as entrevistas e passamos a trabalhar com sua categorização e análise. À medida que analisávamos as entrevistas, voltávamos ao bairro e à residência das mulheres entrevistadas sempre que julgávamos necessária a continuidade da coleta de dados.

Os dados obtidos mediante a realização das entrevistas e a observação por ocasião das visitas às residências selecionadas foram analisados à luz de referencial teórico sobre representação social e ação social, o que está contemplado no Capítulo 2 deste estudo.

Na seqüência, no Capítulo 3, discutimos a epidemiologia dentro de seu processo histórico, principalmente no que se refere às concepções do processo saúde-doença, e mostramos que a partir da epidemiologia podemos avançar para estudos qualitativos, usando referenciais teóricos das ciências sociais.

Uma análise do bairro Sítio Cercado, local escolhido para este estudo, nos pareceu essencial, e a fizemos no Capítulo 4.

Nos Capítulos 5 e 6 apresentamos os resultados das entrevistas e buscamos reconstruir as representações sociais entre as mulheres em relação à morte do bebê e à assistência à saúde que receberam.

Toda essa discussão sobre a epidemiologia nos leva a apontar os dados quantitativos como ponto de partida para uma análise qualitativa. Os dados epidemiológicos guardam, dentro de si, as subjetividades dos sujeitos que geraram esses dados. Ao revelar tais subjetividades, estudos como este pretendem contribuir com a própria epidemiologia.

## 2 REPRESENTAÇÃO SOCIAL E AÇÃO SOCIAL

Os profissionais que atuam no sistema de saúde e a mulher inserida na família e na comunidade pertencem a grupos sociais diferentes e, portanto, têm culturas diferentes. É de se esperar que as idéias ligadas aos modelos explicativos que cada um desses grupos utiliza para compreender a morte ocorrida durante o período perinatal<sup>2</sup> e os eventos a ela associados sejam diversos. Podem, assim, estabelecer-se relações de conflito entre estes atores sociais, por compreenderem a realidade de formas diferentes. "Estas idéias descrevem e explicam o mundo que os envolve, e guiam as atividades necessárias ao seu bem-estar, um bem-estar que é avaliado por este mesmo conjunto de idéias." (COOK, 1993, p. 235).

Concordando com COOK (1993), entendemos que precisamos enfatizar o papel da cultura para estudarmos as relações entre os sujeitos envolvidos nas mortes perinatais: "Ao longo do processo de adaptação do homem ao meio ambiente físico e social, a cultura se constrói sobre o substrato biológico de nossa espécie, e sem o guia e a sustentação da cultura o homem não seria homem". (p. 235-236).

### 2.1 O SENTIDO DA AÇÃO

Weber recuperou para a sociologia o estudo dos fenômenos sociais através da análise dos papéis dos atores. A grande contribuição deste autor é que, ao contrário de Marx e Durkheim, ele se preocupou em fazer uma micro-sociologia, enfatizando o papel do ator social enquanto sujeito. O pensamento e o método de Weber nos auxilia a buscar a compreensão do agir dos atores envolvidos no SUS. Já Marx e Durkheim deram sua contribuição explicando a sociedade por meio do imperativo da estrutura sobre o agente.

---

<sup>2</sup> De acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Revisão (CID-10), da OMS, o período perinatal começa em 22 semanas completas de gestação e termina com 7 dias completos após o nascimento.

A morte no período perinatal é resultado das relações de certos atores sociais numa dada realidade. O papel da ciência em geral, e o nosso intento neste trabalho, é o de apreender esta realidade. Porém, a capacidade do método científico é limitada nesta apreensão. As possibilidades da realidade são infinitas, enquanto as da ciência são finitas. Sendo o homem, na visão de Weber, o ordenador da realidade, é através da compreensão do sentido que ele imprime às suas ações que podemos conhecer uma dada realidade social.

As possibilidades que o homem tem não são, para Weber, determinadas por um sentido único na história, mas resultam em múltiplas construções que, para cada época e lugar, são influenciadas pela cultura e valores.

Aos escolhermos entrevistar as mulheres<sup>3</sup> que perderam seus bebês<sup>4</sup> dentro do SUS e em relação com outros atores sociais (aqui os profissionais da saúde), estamos, como Weber, priorizando o sentido que o ator atribui à sua conduta, ou melhor, o significado da interação entre estes atores, mediatizado pela perda. Para Weber a ação humana é social quando se orienta pelas ações dos outros e é isto que lhe dá sentido. Quando os profissionais da saúde "falam" através da palavra ou dos gestos com a paciente revelam uma intencionalidade, um sentido na ação. Pelas entrevistas com essas mulheres vamos compreender como o usuário do SUS, nesse momento, recebeu, elaborou, construiu uma representação do real – aqui, os eventos ocorridos em torno da morte.

Ao descrever a ação social com relação a fins Weber trabalha com uma racionalidade mais substantiva, mais onisciente, mas ao reconhecer que os valores podem estar determinando o sentido da ação social reconhece também a limitação da racionalidade, pois os valores estão muito próximos das crenças, das paixões, e

---

<sup>3</sup> Referimo-nos às mulheres porque as entrevistas foram agendadas com elas e, de fato, elas participaram de todas as entrevistas. Mas, como vimos na descrição da metodologia, muitas vezes houve a participação voluntária de outros membros da família.

<sup>4</sup> Empregamos o termo 'bebê', muito usado popularmente, pois designa tanto o feto quanto o recém-nascido.

os efeitos da ação não podem, então, ser calculados, previstos. Ao se considerar a ação afetiva e a ação tradicional de Weber pode-se imaginar a racionalidade das ações humanas como ainda mais limitada.

Hannah ARENDT (1997, p.190-191), assim como Weber, apontou também o caráter imprevisível da ação humana e seus efeitos. Considerando esta dimensão dos efeitos, as múltiplas histórias individuais vão formando uma teia de relações que vão construindo a história do SUS enquanto uma organização. Por este motivo o SUS é também resultado das representações que se formam a partir das ações dos atores sociais engendrados dentro do sistema e não só do estabelecido pelos seus idealizadores e gestores.

Buscar a racionalidade da ação social destes atores estudados, utilizando o recurso das representações sociais, não significa, como Weber aconselha, buscar saber se as razões são válidas para o observador, mas se naquele momento elas eram válidas para o agente. Portanto, ao partir do discurso das mulheres e tentando compreender a explicação que elas dão aos eventos ocorridos durante seu "itinerário terapêutico"<sup>5</sup> ou "peregrinação"<sup>6</sup> e, ainda, sabendo que elas usaram como "matéria-prima" o escutado e o visto no âmbito da organização responsável pela assistência à sua saúde, podemos montar as representações sociais das ações desenvolvidas pelos atores, sem, no entanto, entrar na questão do julgamento destas. Ao reconstituirmos as representações sociais e seu sentido buscamos sair da postura mais cômoda de atribuir irracionalidade a todas as ações que um certo modelo de ciência não consegue explicar.

Assim, entendemos a busca da racionalidade como busca do sentido da ação. A questão epistemológica colocada é que a compreensão da realidade leva em conta que o sentido da ação não se explica de uma única forma, mas pode constituir um espectro de explicações para a ação humana, e a ciência muitas vezes

---

<sup>5</sup> Termo que pretende designar o transitar da mulher por vários serviços, buscando a resolutividade de um problema de saúde.

<sup>6</sup> Expressão utilizada por Ana Cristina d'Andretta Tanaka em seu livro *Maternidade – dilema entre nascimento e morte* (1995).

ignora isso. Cabe, então, às ciências sociais aplicadas à saúde tentar compreender a realidade para além do saber médico, mesmo que não possam explicá-la?

Visto o papel do sujeito, e visto que a racionalidade da ação humana é limitada e que seus efeitos são imprevisíveis, propomos ainda incorporar alguns conceitos da psicanálise para construir as representações sociais objeto deste trabalho. Relativizando a importância da racionalidade para compreender a ação humana, podemos dizer que a idéia de racionalidade limitada de MARCH e SIMON (1975), ou a idéia de ação racional ligada a valores, ou mesmo a ação afetiva e tradicional de Weber, abrem as portas para buscarmos outras explicações para a ação. Principalmente ao tomarmos a ação afetiva encontraremos um universo em que a racionalidade não parece presente. É aqui que talvez possamos encontrar a mais escondida das explicações para o sentido da ação. Acreditamos que a psicanálise possa ajudar a desvendar motivações submersas que irão compor as representações sociais.

## 2.2 A PSICANÁLISE E AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

As explicações para a ação e as representações desencadeadas por esta ação vamos buscá-las no indivíduo, mas não as encontraremos somente no consciente. Não é possível compreender a motivação e o sentido de determinada ação social se, na análise da questão, fica-se restrito às manifestações percebidas pela razão.

Para explicar melhor o que queremos dizer fazemos uma analogia com a explicação que FOUREZ oferece para mostrar a diferença entre dois tipos de linguagem para se falar do mundo, o código restrito e o código elaborado:

A distinção desses dois códigos pode ser ilustrada por uma anedota cujo herói é o filósofo da ciência Gaston Bachelard. Esse pensador francês, no fim de sua vida, estava sendo entrevistado por um jornalista. Depois de alguns minutos, Bachelard o interrompeu: "O senhor, manifestadamente, vive em um apartamento e não em uma casa". E o jornalista, surpreso, perguntou-lhe o que queria dizer com isso. O filósofo respondeu que a diferença entre uma casa e um apartamento é que a primeira possui, além da zona de habitação, um sótão e um porão; e o que há de particular, acrescentou, é que sempre subimos ao sótão, e descemos ao porão. Bachelard queria assim indicar que muitos vivem sem jamais deixar o nível do código restrito. (FOUREZ, 1995, p. 21-22).

Tentar entender o sujeito e sua ação sem incorporar o inconsciente é jamais 'subir ao sótão' ou 'descer ao porão'. E quantas respostas que a sociologia ou a medicina procura podem estar escondidas no porão ou no sótão? Quando a mulher constrói as representações sociais da morte de seu bebê ela não só trabalha com o código restrito das coisas percebidas mas elabora explicações utilizando-se de conteúdos inconscientes, que emergem a cada enunciação sobre o que se passou, transitando entre um saber constituído e um saber que se constitui.

Para Weber, a função da sociologia é "tornar inteligíveis fenômenos que não o são de imediato" (BOUDON, 1995, p. 38). Nem mesmo o ator pode "enxergar" todo o sentido da sua ação, pois as razões do inconsciente estarão funcionando como uma certa "racionalidade oculta" e, portanto, não perceptível para a consciência.

Ao construirmos uma explicação para a ação humana classificando-a de racional ou irracional estamos configurando um ser humano dividido entre estes dois pólos. Embora não nos utilizemos do saber psicanalítico durante o trabalho, faremos algumas referências a este saber. A meio caminho entre a racionalidade e a irracionalidade, a psicanálise pode contribuir para desvendar as razões do agente, dotando de razão e sentido aquilo que aparentemente não possui nem razão nem sentido.

A Saúde Pública não tem conseguido dar respostas às necessidades da população. Parece existir a necessidade de uma abordagem interdisciplinar convidando outras áreas do conhecimento a promover a leitura de uma realidade tão complexa. Para fazer a ligação entre o coletivo e o indivíduo é preciso uma abordagem interdisciplinar e, certamente, ao lado da sociologia, antropologia e filosofia, a psicanálise ocupa um lugar privilegiado na compreensão da relação entre o sujeito e o coletivo.

Quando um médico ou um enfermeiro atende uma gestante na unidade básica de saúde ou no hospital, qual o sentido desta ação? Ele leva em conta as necessidades do outro? O trabalho atende às suas próprias necessidades de



satisfação? Atende às suas necessidades econômicas? Ele se utiliza das estratégias de defesa<sup>7</sup> para evitar o sofrimento?

Quando uma gestante busca o serviço de saúde, pergunta-se: enquanto sujeito da ação, quais motivações e necessidades estão presentes? Como ela mobiliza os sentimentos decorrentes de um insucesso no seu projeto pessoal de ser mãe?

Nesse encontro, como cada sujeito vê seu objeto? Como cada um dá conta de realizar seus desejos?

É possível que um dos agentes, utilizando-se de algum tipo de poder nele investido, faça prevalecer os seus desejos sobre o outro, tomado como objeto, não percebendo este outro também como sujeito desejante.

### 2.3 O PAPEL DO DISCURSO NA REVELAÇÃO DO AGENTE

Aceitamos como recurso teórico a sociologia weberiana, que enfatiza o papel dos sujeitos. Incorporamos na compreensão dos sujeitos alguns elementos da psicanálise, como já dissemos de forma muito restrita. Então perguntamos: seria possível compreender as representações sociais dos eventos ligados à mortalidade perinatal sem compreender o significado das ações dos sujeitos envolvidos nestes eventos? Seria possível imaginar que os atos e palavras dos médicos e enfermeiros dirigidos às mulheres que perderam seus bebês são destituídos de significados? E de que forma podem esses atos e palavras irem construindo, no universo dos usuários do SUS, representações sociais que dêem conta de explicar aquelas mortes? E os efeitos destas ações e representações são previsíveis, como talvez desejassem os gestores do SUS?

Vamos trabalhar com as histórias individuais contadas pelas mulheres e que sempre são relatos das palavras e atos dos profissionais da saúde. Propositadamente

---

<sup>7</sup> As ideologias defensivas, descritas por Christophe DEJOURS em *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho* (1992), são construídas pelos trabalhadores para diminuir o sofrimento proveniente do trabalho, e se tornam estratégias de defesa.

não entrevistamos os profissionais da saúde, pois não se tratava de conferir ou contrapor versões da realidade, mas de, partindo do relato das mulheres, reconstruir as representações sociais ligadas aos eventos ocorridos durante o processo de assistência à saúde da mulher e de seu bebê. Hannah ARENDT (1997, p. 191) enfatizou o papel do discurso na revelação do agente: "Esta revelação de *quem* alguém é está implícita tanto em suas palavras quanto em seus atos; contudo, a afinidade entre o discurso e revelação é, obviamente, muito maior que a afinidade entre ação e revelação". Se entendermos os profissionais que aparecem nos relatos das mulheres como representantes do sistema de saúde, seus atos e palavras revelam "quem é" o sistema de saúde, além de "quem é" o próprio profissional, pelo menos na visão do usuário do sistema. "É com palavras e atos que nos inserimos no mundo humano" (ARENDT, 1997, p. 189). A ação humana é dotada de significado e a revelação do significado da ação é dada pela palavra. Então, o sentido da ação que Weber procura compreender pode ser buscado, segundo ARENDT (1997, p. 191), pelo discurso:

Sem o discurso, a ação deixaria de ser ação, pois não haveria ator; e o ator, o agente do ato, só é possível se for, ao mesmo tempo, o autor das palavras. A ação que ele inicia é humanamente revelada através das palavras; e, embora o ato possa ser percebido em sua manifestação física bruta, sem acompanhamento verbal, só se torna relevante através da palavra falada na qual o autor se identifica, anuncia o que fez, faz e pretende fazer.

O SUS se revela através dos atos e palavras dos profissionais, os quais são dotados de significação. Vamos trabalhar as representações sociais da morte e dos eventos ocorridos em torno das mulheres que perderam seus bebês, representações estas que são alimentadas pelos atos e palavras dos profissionais que as atenderam.

A identidade do agente revelada pelo seu discurso é fugaz, de tal forma que, para Hannah Arendt, esta identidade é intangível. Mas, através das entrevistas as mulheres recontam a história e aí o pesquisador pode estar recuperando a revelação do agente. "O caráter de revelação, específico da ação e do discurso, a manifestação implícita do agente e do autor das palavras, está tão indissolúvelmente

vinculado ao fluxo vivo da ação e da fala que só pode ser representado e 'reificado' mediante uma espécie de repetição." (ARENDDT,1997, p. 199). Como já se passou algum tempo, a mulher teve oportunidade de contar esta história várias vezes e, a cada momento, reconstruir o seu objeto, que no primeiro momento era intangível, inclusive por sua natureza, pois a morte traz sempre a sensação de horror, e naquela circunstância esta sensação é mais intensa, dado que a morte era evitável.

Para ARENDT, "o fato de que o homem é capaz de agir significa que se pode esperar dele o inesperado, que ele é capaz de realizar o infinitamente improvável" (1997, p. 191). Então, como uma característica da ação humana é a imprevisibilidade, os efeitos da ação, em nosso caso, que são as construções das representações sociais, também são imprevisíveis e aí o SUS passa a ser construído pelas próprias representações inspiradas pelos atos e palavras dos atores envolvidos na morte do bebê.

Os interesses que movem a ação mediam as relações entre os atores sociais e criam uma teia de relações, de tal forma que uma ação gera outra. Esta teia de relações se forma porque a ação humana se dá dentro de um conjunto de relações sociais e cada ação interage com a ação do outro, ou seja, cada história individual vai se somando a outras histórias individuais, compondo uma história tangível e capaz de, ao ser contada e recontada, recuperar a identidade dos agentes. Como toda ação social é dotada de significação e isto vai compor as representações sociais, podemos dizer que o SUS vai sendo reconstruído por esta história, longe dos gestores do sistema, sem a sua interferência, e com efeitos imprevisíveis. Tentando recuperar as identidades destes agentes podemos contribuir para a compreensão do SUS.

## 2.4 OS UNIVERSOS REIFICADOS E OS UNIVERSOS CONSENSUAIS

Os médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem têm seus modelos explicativos a respeito do processo saúde-doença. O paradigma biológico domina os

cursos de formação desses profissionais e um modelo de ciência positivista e funcionalista está determinando a forma de pensar do "mundo médico"<sup>8</sup>. Os conhecimentos de anatomia, fisiologia, fisiopatologia compõem estes modelos explicativos. Este conjunto de conhecimentos e pensamentos forjados dentro do espaço da academia compõe os "universos reificados", de que fala MOSCOVICI (1978).

Nos universos reificados se produzem as ciências, dotadas de um rigor metodológico e de uma objetividade próprios. São conhecimentos bem delimitados e compartimentalizados em especialidades.

Ainda para Moscovici, nas sociedades contemporâneas os universos reificados convivem com os chamados "universos consensuais".

As mulheres e suas famílias têm uma cultura diferente daquela dos profissionais da saúde. Seus modelos explicativos estão ligados a uma tradição oral, baseados em crenças muitas vezes ligadas à cultura popular, ao mágico e ao religioso. Pode-se dizer que estas explicações compõem o senso comum ou os "universos consensuais", correspondendo "aos universos consensuais as atividades intelectuais da interação cotidiana pelas quais são produzidas as Representações Sociais. As 'teorias' do senso comum que são aí elaboradas não conhecem limites especializados, obedecem a uma outra lógica, já chamada de 'lógica natural', utilizam mecanismos diferentes de 'verificação' e se mostram menos sensíveis aos requisitos de objetividade do que a sentimentos compartilhados de verossimilhança ou plausibilidade". (SÁ, 1993, p. 28).

Ocorre que cada vez mais as ciências tornadas acessíveis à população vão nutrir, com os pensamentos dos universos reificados, o senso comum. É também na interação da população usuária dos serviços de saúde com os

---

<sup>8</sup> Termo inspirado no título do livro *L'enfant malade et le monde médical: dialogue entre famille et soignants*, organizado por COOK e DOMMARGUES (1993). Embora este termo denote a hegemonia médica existente no imaginário popular e mesmo entre setores dos profissionais de saúde, ele está sendo utilizado aqui no sentido dado pelos autores, pretendendo designar todos os profissionais que prestam assistência à saúde e as organizações onde estes profissionais atuam, bem como a cultura que os envolve.

profissionais que atuam nesse campo que se constroem as representações sociais ligadas à assistência à gestação, ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido. Isto ocorre na medida em que a mulher ou sua família tentam incorporar aos seus modelos explicativos as informações ouvidas dos profissionais de saúde. No caso em estudo isto é ainda mais importante, pois ao perder o seu bebê a mãe pode não encontrar no universo consensual uma explicação que a reconforte, e, atenta, utiliza toda informação passada pelo serviço para entender o ocorrido. Estas informações fornecidas pelos profissionais da saúde pertencem ao universo reificado e, portanto, sendo estranhas ao cotidiano dessas mulheres, as representações sociais têm o papel de torná-las familiares.

Da relação entre esses dois grupos de atores sociais dentro dos serviços de saúde nasce um "contrato de assistência" que pode ser mais ou menos democrático. Aqui existe uma questão ética, pois a ação social deve levar em conta o outro e um contrato deveria regular as relações de poder, permitindo às partes realizarem seus fins de forma igualitária. Se o "mundo médico" trabalha com a hegemonia da ciência, excluindo todas as outras formas de conhecimento como legítimas, pode-se imaginar que o conflito possivelmente se dará. Então, o igualitarismo do contrato torna-se apenas formal e, sendo o contrato uma ação racional ligada a fins, seus objetivos não serão atingidos. Agrava-se, ainda, essa situação, neste estudo de caso, pois se trata da peregrinação da mulher e de sua família pelo sistema de saúde resultando no mais desfavorável dos desfechos, a morte do bebê, e este desfecho é indesejável para ambos os lados. É provável que se abata sobre a mulher e a equipe que a assistiu sentimentos ligados à frustração dos seus objetivos, os quais terão papel fundamental na composição das representações sociais em estudo.

Portanto, o que acontece num contrato de assistência entre os profissionais da saúde e a mulher e sua família é uma ação complementar intermediada pela cultura e suscetível a conflitos, e as representações sociais mais que intermediárias permeiam e remodelam estes dois mundos.

A persistência de altos índices de mortalidade perinatal pode ser um indicador de dificuldades entre os atores sociais envolvidos no SUS, mais precisamente entre os profissionais de saúde e a família que viveu a perda de um feto ou recém-nascido? Pergunta-se até que ponto as políticas de descentralização permitiram a democratização do sistema, diminuindo a distância entre os profissionais e seus usuários.

As pesquisas, tanto na área das ciências biomédicas quanto das ciências sociais, contribuem para o conhecimento necessário à intervenção da saúde pública no sentido da diminuição dos índices de mortalidade infantil em geral e, particularmente, da mortalidade perinatal. Porém, por partirem de universos epistemológicos muito diferentes, esses conhecimentos ficam compartimentalizados. Não podemos permitir que, na área da interpretação dos fenômenos ligados à morbimortalidade, as representações sociais fiquem – tomando uma expressão de MOSCOVICI (1978, p. 45) – "à margem do núcleo das ciências", pois desta forma estaríamos reforçando o enfoque biológico e naturalizando a doença e a morte ao invés de compreendê-las como social e culturalmente construídas e, portanto, passíveis de modificação. "As representações sociais incitam-nos a preocupar-nos mais com as condutas imaginárias e simbólicas na existência ordinária das coletividades. Reatar, neste ponto, o fio perdido da tradição pode ter conseqüências muito felizes para a nossa ciência." (MOSCOVICI, 1978, p. 81).

## 2.5 AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

O próprio MOSCOVICI reconhece que as representações sociais são fáceis de serem percebidas na realidade mas são muito difíceis de serem conceituadas, e explica que essa dificuldade decorre do fato de que as representações sociais se encontram numa intercessão de eixos conceituais, a saber: o eixo dos conceitos sociológicos e o eixo dos conceitos psicológicos. Ora, é exatamente esta característica que enriquece a representação social como categoria

analítica, pois o fato de apresentar uma compreensão que passa pela sociologia e pela psicologia permite entender a ação dos atores sociais. O autor ainda reforça essas idéias ao citar HEIDER: "O problema da consciência, da abertura para o mundo, ou, se preferirem, da representação, recebe um significado particular, se considerarmos as relações e a interação entre pessoas". (MOSCOVICI, 1978, p. 50).

Apesar da reconhecida dificuldade conceitual, SÁ (1996, p. 31) extrai de um dos textos de MOSCOVICI alguns comentários que poderiam servir como definição das representações sociais: "Por representações sociais, entendemos um conjunto de conceitos, proposições e explicações originado na vida cotidiana no curso de comunicações interpessoais. Elas são equivalentes, em nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; podem, também, ser vistas como a versão contemporânea do senso comum".

JODELET (1989, p. 36) nos oferece uma outra definição de representações sociais, como "uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e compartilhada, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social".

A importância das representações sociais para este trabalho se deve, ainda, ao fato de que elas não somente são uma percepção da realidade, mas porque também constroem a realidade. Isto pode ser melhor entendido pelas palavras de MOSCOVICI (1978, p. 58): "representar uma coisa, um estado, não consiste simplesmente em desdobrá-lo, repeti-lo ou reproduzi-lo; é reconstituí-lo, retocá-lo, modificar-lhe o texto". Assim, a morte perinatal e a atuação dos profissionais da saúde na tentativa de evitá-la enquanto objeto de estudo deve ser compreendida para além dos universos reificados, incorporando a visão das mulheres e de suas famílias. As representações sociais dos eventos ocorridos no interior do sistema de saúde vão compor a concretude do próprio sistema. O SUS, portanto, é hoje muito mais do que os ideais da Reforma Sanitária e aquilo que os gestores da saúde concretizaram.

DURKHEIM mostra que os "conceitos são representações que se impõem aos indivíduos porque são representações coletivas. Além disso, enquanto representações coletivas, os conceitos apresentam um caráter imediato de generalidade". (ARON, 1997, p. 333). Aqui vemos como as representações podem contribuir para desvendar alguns entraves na construção do SUS, pois o caráter generalizante dos conceitos pode nos ajudar a compreender fenômenos coletivos a partir de uma análise dos discursos de um grupo de indivíduos.

"Foi Durkheim o primeiro a propor a expressão 'representação coletiva'. Quis assim designar a especificidade do pensamento social em relação ao pensamento individual." (MOSCOVICI, 1978, p. 25). Embora Moscovici tenha partido do conceito das representações coletivas de Durkheim para criar o conceito de representações sociais, existem diferenças substanciais entre eles. A concepção de sociedade de Durkheim, sendo uma concepção positivista, parte da idéia de uma ordem e estabilidade possíveis e desejáveis e, assim, as representações coletivas seriam mais perenes e, enquanto fato social, imbuídas de um poder de coerção:

Ora, descartado o indivíduo, resta apenas a sociedade; é portanto na natureza da própria sociedade que se deve buscar a explicação da vida social. Como ela supera infinitamente o indivíduo tanto no tempo como no espaço, concebe-se, com efeito, que seja capaz de impor-lhe as maneiras de agir e de pensar que consagrou por sua autoridade. Essa pressão, sinal distintivo dos fatos sociais, é aquela que todos exercem sobre cada um. (DURKHEIM, 1995, p.104).

Já a representação social de Moscovici, que talvez por isso mesmo não tenha desejado aprisioná-la conceituando-a, não é uma construção perene e cristalizada, mas aparece numa sociedade que reconhece as rápidas mudanças e que necessita compreendê-las. As representações sociais não são captadas de modo passivo.

Ela reproduz, é certo. Mas essa reprodução implica num remanejamento das estruturas, uma remodelação dos elementos, uma verdadeira reconstrução do dado no contexto dos valores, das noções e das regras, de que ele se torna doravante solidário. Aliás, o dado externo jamais é algo acabado e unívoco; ele deixa muita liberdade de jogo à atividade mental, que se empenha em apreendê-lo. A linguagem aproveita-se disso para circunscrevê-lo, para arrastá-lo no fluxo de suas associações, para impregná-lo de suas metáforas e projetá-lo em seu verdadeiro espaço, que é simbólico. Por isso, uma representação fala tanto quanto mostra, comunica tanto quanto exprime. (MOSCOVICI, 1978, p. 26).



Não se tratam, as representações sociais, de simples imagens projetadas numa tela em branco da consciência, mas sim de imagens retocadas pelo próprio indivíduo, que as devolve à sociedade como produtos.

Para se construir uma representação social é necessário um objeto do exterior que impressione o observador. Em nosso caso, o objeto pode ser considerado como as situações vividas pelas mulheres e as palavras e atos dos profissionais da saúde, ao tentarem lhes fornecer uma explicação para os acontecimentos ligados à morte do bebê. Este momento da construção da representação social é o que Moscovici chamou de aspecto perceptivo, e que logicamente depende da presença do objeto.

Uma vez o objeto ausente, ou seja, passado algum tempo do vivido na assistência à saúde, a mulher começa a reconstituir o objeto através de conceitos, sendo esta a outra face das representações sociais, que, segundo Moscovici, é o aspecto conceitual das representações. Aqui há uma tentativa de explicar o ocorrido, transformando o não familiar em familiar. Pois, ao se apropriar das explicações do mundo médico, e sendo elas estranhas ao mundo da família, a mulher precisa reconstruí-las, tornando-as coerentes com os conhecimentos do senso comum. Então, o objeto é retirado do mundo exterior e é reconstituído, processado pela cultura do indivíduo.

Ao entrevistar as mulheres estaremos recolhendo este objeto, agora reconstruído, pois nas palavras de MOSCOVICI (1978, p. 58) "a representação de um objeto é uma reapresentação diferente do objeto".

A dupla natureza da representação social, o fato de ser ao mesmo tempo uma imagem e uma significação, é o que a enriquece como categoria, pois se por um lado ela é imediata enquanto figura inicial, esta imagem vai sendo retocada pela elaboração da significação, de tal forma que transcende o objeto e passa a existir mesmo na ausência dele. É social porque é comum a um conjunto de indivíduos, um grupo social, é construída coletivamente à medida que estes indivíduos interagem dentro de um determinado contexto. Não tem, entretanto, um caráter generalizante, já que pertence a um dado grupo e a uma dada época.

As representações sociais moldam a realidade à medida que os conceitos delas oriundos compõem um universo de conhecimentos que explica esta realidade.

Este processo aparentemente complexo ocorre no sentido de tornar o mundo mais compreensível para as pessoas comuns. Em nosso caso fica clara a necessidade de se atingir a tangibilidade do acontecido, e as representações sociais vão fazer este trabalho de familiarização, reconstruindo significados e refigurando as imagens do real. Uma série de mecanismos é utilizada para se atingir este fim, e Moscovici chamou de objetivação o processo que, partindo de um sentido, transforma-o em figura, tornando-o natural, material. Isto, cremos, facilita a aceitação, pelas mulheres, da morte do bebê, ao conseguirem construir uma imagem dos acontecimentos. Porém, esta imagem tem que se integrar a um universo de conceitos já aceito e este processo vai se dar, segundo Moscovici, pela ancoragem que é dar um sentido à figura, à imagem. É neste processo que o estranho se torna familiar, estável, aceito e provavelmente facilita o enfrentamento do sofrimento que, neste caso, é o sofrimento resultante da morte do bebê. Ao mesmo tempo que as representações são construídas coletivamente, elas condicionam uma prática, uma ação. Neste caso, aquele que sofre compartilha com o outro seu sofrimento. Aqui, novamente a idéia de tecido social que Hannah Arendt trabalha quando fala da teia de relações serve para diluir o sofrimento numa rede de solidariedade.

Ao contrário da estabilidade que Durkheim via nas representações coletivas, a idéia acima contempla um movimento que se inicia quando algo de estranho é colocado sob os olhos do observador, ou melhor, quando algo de estranho acontece no mundo real onde vivemos. A morte de um bebê é sem dúvida algo de muito estranho e inesperado, além de causador de um sofrimento difícil de mensurar, principalmente para a mãe e sua família, mas também para a equipe de profissionais que a atendia. A morte do bebê desencadeia instabilidade e desequilíbrio, e os agentes envolvidos no evento buscam as mais diversas formas de representar esta realidade, rerepresentando-a modificada. A representação funciona como tentativa de recuperar a estabilidade. Daí o processo ser de interiorização do objeto, remodelação, tornando-o familiar, aceitável, explicável. Aqui

estamos diante de mecanismos e processos que serviriam como atenuadores do sofrimento. Uma vez ancorado o novo conceito, ele se incorpora ao universo consensual e passa a fazer parte da (re)construção da realidade.

Para essa ancoragem contribuem os processos de classificação e denominação descritos por Moscovici. Classificar é inscrever o objeto numa categoria conhecida; denominá-lo é colocá-lo na matriz da nossa cultura. Uma vez nominado o objeto deixa de ser estranho, ameaçador, desestabilizador. É esta a razão pela qual criamos as representações sociais, ou seja, elas cumprem o papel de tornar aceitável o inaceitável, de dar tangibilidade ao intangível, de nominar o inominável.

Através do estudo das representações sociais se buscará entender o conflito entre o "mundo médico" e a família. Entendemos que, através deste estudo, pode-se revelar monopólios de saber e de poder concentrados em certos serviços de saúde e em certas categorias profissionais em que os gestores do sistema público de saúde não foram capazes de interferir.

Se o conflito que estamos estudando é o conflito entre o conhecimento popular e o conhecimento profissional, sendo este respaldado pela ciência, temos aqui um problema de natureza epistemológica.

A ciência é equivocadamente colocada como a única forma de conhecimento que pode dar conta da realidade na área da saúde. Além disso, uma certa concepção de ciência, que tem como centro as explicações das ciências naturais, impera na construção dos modelos explicativos da biomedicina.

É um mito acreditar que, uma vez adotado o método científico para explicar os fenômenos de morbi-mortalidade e para propor níveis de intervenção a serem adotados pelos serviços de saúde, tem-se dado conta da realidade, sem levar em consideração outros tipos de conhecimento que não o científico, como explica TARRIDE (1998, p. 38):

Uma das características principais do conhecimento científico é a falibilidade. No entanto, frequentemente, os que o praticam olham o produto do seu trabalho como verdades absolutas, elevadas à categoria de preceitos - e ainda mais, como único conhecimento válido. As verdades científicas são usadas, em certas ocasiões, como mecanismos de pressão e submissão do povo, com conseqüente prejuízo ao próprio conhecimento científico.

A ciência não é 'soberba'. A ciência não é 'má' ou 'boa'. Não é culpada 'disto' ou 'daquilo'. Às vezes, é usada como escudo atrás do qual os cientistas escondem suas fraquezas. A ciência não tem ética; esta pertence aos homens. A questão é que tanto uma quanto a outra se encontram nos cientistas. Parece suspeito sustentar que as responsabilidades humanas desaparecem na expressão impessoal 'ciência'. São os homens que praticam a ciência e não podem despojar-se de suas responsabilidades, escondendo-se atrás de procedimentos e técnicas.

Segundo POPPER (1978), é justamente o fato de as teorias poderem ser refutáveis que lhes garante a natureza de ciência. Ou seja, o conhecimento científico é falível. Ora, se uma teoria pode ser substituída por outra, e é isto que promove o desenvolvimento das ciências, não se pode tomar o conhecimento dos profissionais da saúde como verdade definitiva e ignorar o conhecimento popular, mas, sim, estudar o conhecimento popular e suas possíveis articulações com o conhecimento científico e, para isto, as ciências sociais têm muito a contribuir.

Utilizando-se dos conceitos de KUHN (1982), pode-se dizer que necessitamos de uma revolução paradigmática, pois o paradigma das ciências naturais não responde às questões essenciais para uma intervenção adequada pela Saúde Pública. As ciências sociais oferecem paradigmas que vão além das explicações das ciências naturais e que podem contribuir para uma aproximação maior da realidade.

Assim, a relação entre o que se chamou de "mundo médico" e a família é a relação entre o conhecimento científico (mais particularmente um certo modelo de conhecimento científico) e outras formas de conhecimento, e o conflito entre estas formas de conhecimento pode ser abordado como um problema epistemológico.

A complexidade do campo da saúde aponta para a necessidade de incluir as ciências sociais e, em particular, a categoria representação social na busca da compreensão das mortes perinatais. Embora, à primeira vista, para os representantes do campo restrito da saúde isto possa parecer estranho, MORIN (1983, p. 34) nos ajuda quando escreve: "Não há uma ciência pura, não há um pensamento puro, não há uma lógica pura. A vida alimenta-se das impurezas, ou melhor, a realidade e o desenvolvimento da ciência, da lógica, do pensamento têm necessidade destas impurezas".

### 3 EPIDEMIOLOGIA: UM PONTO DE PARTIDA

Uma forma cômoda de travar conhecimento com uma cidade é procurar saber como se trabalha, como se ama e como se morre.

Albert Camus, em *A Peste*.

O desenvolvimento da clínica permitiu uma intervenção mais racional nos problemas de saúde das pessoas. Seu avanço foi impulsionado e sustentado pelas ciências biológicas, que permitiram um grande movimento de classificação das doenças. Como exemplo é interessante citar François Boissier de Sauvages de la Croix, que viveu de 1706 a 1767 e escreveu uma obra intitulada *Nosologia Methodica*, em que "agrupou as doenças em dez classes, 295 gêneros e 2.400 espécies" (HEGENBERG, 1998, p.25). Este tipo de classificação exaustiva das doenças, e que parece inspirado nas classificações botânicas, era fruto da observação sistemática e ia além de especulações dos séculos anteriores. O uso disseminado do microscópio permitiu a correlação dessas doenças com uma etiologia microbiana e com as lesões em órgãos e tecidos. A partir do século XIX, então, temos os chamados anatomo-clínicos, o que, como falamos, permitiu o desenvolvimento da clínica.

Contudo, como a clínica não dava conta de intervir na saúde pensada enquanto processo coletivo e limitava-se ao conhecimento do adoecer individual, a epidemiologia veio ocupar esse lugar.

#### 3.1 A IMPORTÂNCIA DA EPIDEMIOLOGIA

A epidemiologia se utiliza dos indicadores de saúde, que têm a função de expressar de forma indireta o nível de saúde das populações. Os indicadores de saúde são tão importantes que são tomados para representar o nível de desenvolvimento de um país, servindo como avaliação do esforço dos governos na área das políticas sociais.

São utilizados indicadores de mortalidade e de morbidade. Os primeiros são muito mais freqüentes, pois a declaração de óbito é de registro obrigatório e, portanto, fonte mais fidedigna de informações, embora ainda exista subnotificação. São utilizados, entre outros, o coeficiente geral de mortalidade, os coeficientes de mortalidade por sexo, por idade, por causa ou por local. São muito valorizados como expressões do nível de saúde das populações o coeficiente de mortalidade infantil, o coeficiente de mortalidade perinatal e o coeficiente de mortalidade materna. A quantificação dos problemas de saúde e sua distribuição nas populações permite a intervenção do poder público no sentido de promoção da saúde.

Pretendemos, neste capítulo, discutir os limites da análise da situação de saúde das populações apoiada em modelos quantitativos. Reconhecendo a contribuição da epidemiologia, mas reconhecendo também seus limites, consideramos para o presente trabalho os dados epidemiológicos como ponto de partida. Foram eles que nos conduziram até a porta de cada caso estudado e foram eles que nos colocaram frente a frente com as mulheres vitimadas pela mortalidade perinatal. A realidade encontrada nas entrevistas exigia uma abordagem qualitativa, pois os dados epidemiológicos coletados no serviço de epidemiologia do município não davam conta, e nem deveriam dar, da dinâmica dos eventos ocorridos.

Tal qual o realizado por John Snow, considerado o pai da epidemiologia, o nosso trabalho é um trabalho de campo. Sem a epidemiologia seguramente não teríamos escolhido este tema para estudo, mas também não poderíamos ficar restritos aos números. As ciências sociais vêm somar-se, ao lado dos números da epidemiologia, como um instrumental de compreensão dos problemas ligados à saúde coletiva, avançando no aspecto qualitativo desses problemas. Para perceber esta tendência, basta verificar que a antropologia e a sociologia passam a ocupar espaço nos livros de saúde coletiva, bem como nos currículos de pós-graduação desta área de conhecimento.

No início, a epidemiologia ocupou-se quase que restritamente das doenças infecciosas. Porém, dada a sua importância como ferramenta de diagnóstico da saúde

pensada no coletivo, ocupou um espaço importante ao longo dos anos e caminhou no sentido de ampliar sua atuação para as doenças não infecciosas, como as chamadas doenças crônico-degenerativas, tendo como maiores exemplos as doenças cardiovasculares e as neoplasias. Além disso a epidemiologia passou a se ocupar dos eventos ligados à vida e à morte, como as taxas de natalidade e mortalidade.

A epidemiologia parte de um sistema de informações alimentado com dados coletados de forma sistemática. As declarações de óbito e as declarações de nascidos vivos contêm informações preciosas sobre o nascer e o morrer. A notificação obrigatória de certas doenças é outra fonte de informações. Muitas vezes a epidemiologia precisa ir buscar o dado para explicar um novo evento ou evento com comportamento inusitado e, para isso, utiliza-se de métodos próprios, que são modelos de pesquisa e que seguem as mesmas regras do método científico. Os dados analisados e interpretados compõem uma fonte essencial de reflexão sobre a situação de saúde das populações. Portanto, "a epidemiologia é uma disciplina científica que visa a descrever e quantificar os fenômenos de saúde, identificar os fatores determinantes das doenças e permitir a avaliação de programas de saúde". (TESSIER, ANDREYS e RIBEIRO, 1996, p. 49). Assim, ela é utilizada no planejamento das ações do poder público. Concordamos com PEREIRA (1995, p. 3), que, entre vinte e três definições de epidemiologia, escolheu a de David Lilienfeld: "Ramo das ciências da saúde que estuda, na população, a ocorrência, a distribuição e os fatores determinantes dos eventos relacionados com a saúde". E, nas palavras do Secretário Municipal da Saúde de Curitiba, o poder público reconhece "o valor da informação como elemento indispensável às ações coletivas e individuais de saúde" e que "tais informações têm subsidiado e desencadeado o pensamento crítico na tomada de decisões que possam refletir na melhoria da qualidade de vida da população curitibana". (CURITIBA, Secretaria..., 2000, p. 1).

O lado prático da epidemiologia é que o conhecimento da distribuição dos eventos ligados à saúde-doença permite a intervenção no sentido da melhoria das condições de saúde das populações mais afetadas. É como se a epidemiologia

fosse capaz de fazer um mapa das condições de saúde, colorindo cada região com seus dados reveladores da desigualdade. Esta capacidade de revelar a realidade é limitada pela sua própria natureza, já que ela se utiliza de métodos quantitativos. Daí a necessidade de se somarem a ela métodos qualitativos, como fazemos neste estudo de caso.

Para se compreender o dilema da epidemiologia e a sua relação com as ciências sociais poderíamos fazer uma ampla revisão do seu desenvolvimento ao longo da história, mas consideramos que a questão dos modelos de causalidade do processo saúde-doença adotados pela epidemiologia ao longo do seu desenvolvimento como disciplina é questão central. Dentro do processo de urbanização decorrente da Revolução Industrial ocorrem nas cidades as epidemias, dizimando boa parte da população. A epidemiologia oferece a quantificação desses problemas e procura explicar a causalidade das doenças apropriando-se de explicações da bacteriologia, surgindo então uma visão de que a doença é unicausal. As doenças infecto-contagiosas causadoras das grandes epidemias se mostraram vulneráveis à intervenção baseada nesse modelo monocausal. Toda a dinâmica social fica reduzida à relação entre o ser humano como hospedeiro e o agente microbiológico.

Ao mesmo tempo, trabalhos como o de Rudolf Virchow inauguram o Movimento da Medicina Social; já em 1849, este patologista alemão "elaborou uma teoria segundo a qual a doença epidêmica seria uma manifestação de desajustamento social e cultural". (ROSEN, 1994, p.76). Virchow foi um pesquisador de intensa atividade política e lutava por um sistema de saúde que reconhecesse a relação causal entre as condições sociais e problemas de saúde.

Porém, o grande desenvolvimento de uma corrente mais positivista da epidemiologia deixou o Movimento da Medicina Social sepultado sob os conhecimentos da bacteriologia, da clínica, e imperou um enfoque biologicista e individual.

Como o modelo unicausal não dava conta das doenças mais prevalentes no século XX, como as crônico-degenerativas, surgem os modelos multicausais, e é



a partir destes que a epidemiologia passa a incorporar as questões ligadas ao meio ambiente nos seus modelos de causalidade. Nascia então o modelo ecológico, reconhecendo, além dos germes e do hospedeiro, o meio ambiente, mas principalmente propondo entre esses uma relação mecânica de equilíbrio. Tanto foi mecanicista essa concepção que, na década de 1920, Gordon utiliza a balança como forma de conceber a saúde e a doença. O agente com sua capacidade de agressão ficava num dos pratos da balança e, no outro, o hospedeiro com sua capacidade de defesa. O fulcro da balança era representado pelo meio ambiente. O equilíbrio desses três elementos representava a saúde, e o desequilíbrio a doença. Mais tarde, na década de 1960, autores como LEAVELL e CLARK (1976) trabalharam com essa tríade chamada de ecológica e desenvolveram o modelo da História Natural da Doença, o qual não cabe aqui explicitar mas que, além de naturalizar a doença, consistia em um modelo de inspiração mecanicista.

### 3.2 A DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Os modelos multicausais, porém, não explicavam a premissa básica da epidemiologia, a desigualdade na distribuição das doenças nos diferentes segmentos sociais. As doenças se distribuem de forma desigual porque há também desigualdade na distribuição dos fatores que as determinam. Já a partir do final dos anos sessenta, principalmente na América Latina, o debate sobre o caráter da doença ocupava o palco principal da discussão entre os pesquisadores em saúde coletiva. Discutia-se o caráter da doença, se essencialmente biológica ou, ao contrário, social. Havia, então, uma crítica contundente ao paradigma dominante, que entendia a doença como um fenômeno da esfera do biológico e no universo restrito do indivíduo (LAURELL, 1983, p. 135).

Como resultado desse questionamento, é principalmente na América Latina que surge, na década de 1970, um movimento que volta a reconhecer a determinação social do processo saúde-doença. Isto surge num contexto político muito particular aos países da AL, que eram os regimes autoritários.

O próprio nome do artigo de Asa Cristina LAURELL, desta época, "A saúde-doença como processo social", nos dá a idéia da doença como um processo que ocorre na sociedade e é dependente da forma como essa sociedade se estrutura. A autora se preocupa em mostrar que a distribuição da doença se dá de forma desigual entre os grupos sociais:

Para demonstrar o caráter social da doença é necessário, também, estudar o tipo, a freqüência e a distribuição da moléstia nos diversos grupos sociais que constituem a sociedade. Existindo uma articulação entre o processo social e o processo de saúde e doença, este deve assumir características distintas conforme o modo diferencial com que cada um dos grupos se insere na produção e se relaciona com os grupos sociais restantes. Existe documentação empírica comprovando que a distribuição da doença e da morte é desigual e que é possível detectar perfis patológicos específicos dos grupos sociais, se estes se constroem com critérios objetivos. (LAURELL, 1983, p. 145).

LAURELL se propõe a trabalhar, para provar sua tese, em três eixos de discussão conceitual, a saber: a) demonstrar o caráter histórico e social da doença; b) definir a doença como objeto de estudo de natureza social; e c) conceituar a determinação do processo saúde-doença.

Em relação ao primeiro eixo proposto, LAURELL justifica que é necessário partir do estudo das coletividades para perceber o caráter histórico do processo saúde-doença, pois a partir do estudo do adoecer individual não é possível perceber-se a sua historicidade.

Inicia, a partir da comparação das causas de morte no México, em 1940 e 1970, mostrando uma mudança no perfil das doenças que mais contribuíram para as mortes. Houve uma diminuição das mortes por doenças infecciosas e um aumento das mortes por doenças do coração, neoplasias, doenças do sistema nervoso central, diabetes e acidentes. A autora atribui isso às mudanças históricas que se deram nesse país ao longo de três décadas. Assim, ao longo do tempo, numa mesma sociedade, as mudanças nas causas de mortalidade ocorrem e isto não pode ser explicado exclusivamente pelo biológico.

Diferentes sociedades, num mesmo momento, podem ter diferentes perfis de mortalidade. Para provar esta afirmação LAURELL compara as causas de

mortalidade em Cuba, Estados Unidos e México, mostrando que elas são diferentes para cada país e são dependentes não só do nível de riqueza dessas nações mas dos modelos de desenvolvimento adotados por essas sociedades. Enfatiza que, embora o nível de desenvolvimento de Cuba se assemelhe mais ao do México, seu perfil de mortalidade por causas é mais próximo ao dos Estados Unidos.

A autora mostra, ainda, que num mesmo momento, numa mesma sociedade, mas em grupos sociais diferentes, existem diferenças ligadas ao adoecer e morrer. Por exemplo, em um estudo na Costa Rica se atribuiu uma relação entre o risco de morrer nos primeiros anos de vida e a ocupação do pai, ou seja, a forma como ele se insere na produção. Citando um outro estudo, ela trabalha as causas de morte em um grupo constituído por pessoas que morreram no Hospital Geral da Cidade do México comparando-o com um grupo que possuía seguro de vida privado, estes representantes da burguesia e camadas altas e médias, e aqueles fazendo parte do subproletariado urbano, mostrando que no hospital citado se morria trinta vezes mais de amebíase e oito vezes mais de tuberculose, e que no grupo do seguro privado havia três vezes mais mortes de doenças cardiovasculares. Um outro estudo, realizado na Inglaterra, comparando as causas de morte na burguesia e nas camadas altas com as causas de morte no operariado, revelou a maior mortalidade entre os operários em todos os grupos de causa.

Quanto ao segundo eixo, LAURELL coloca "a necessidade de ir além do objeto direto da medicina clínica e da epidemiologia e construir um objeto que nos permita o estudo empírico do problema" (1983, p. 150). Para isso é necessário reconhecer o caráter social do processo saúde-doença e que o objeto de estudo em questão não se situa no indivíduo, mas na coletividade. E assim a autora procura, ao definir seu objeto de estudo, ir além da natureza biológica, definindo-o como de natureza social. A própria argumentação anterior, baseada nos dados de distribuição da mortalidade e morbidade nos diferentes grupos sociais, corrobora esta afirmação. Nas palavras de LAURELL afirma-se a supremacia do social sobre o individual: "A relação entre o processo saúde-doença coletiva e o do indivíduo fica, então,

estabelecida, porque o processo saúde-doença coletiva determina as características básicas sobre as quais se assenta a variação biológica individual". (1983, p. 153). Enquanto o objeto da medicina clínica é o indivíduo e ela muitas vezes o reduz à sua natureza biológica, a epidemiologia tem como objeto os processos coletivos, que sem dúvida são de natureza social.

Por último, a pesquisadora mostra a insuficiência dos modelos de causalidade para explicar a doença. Tanto o modelo unicausal, que enfatiza o papel do agente microbiano, quanto o modelo multicausal, que veio explicar as doenças crônico-degenerativas<sup>9</sup>, têm sérias limitações para explicar a relação saúde-doença, já que, apesar de elencar um conjunto de fatores determinantes, não estabelece qual a relação entre eles, como se fossem autônomos entre si. A articulação do processo saúde-doença com o processo social, e até a subordinação daquele a este é o que propõe a autora.

LAURELL (1983, p. 158) representou um marco conceitual para a epidemiologia das décadas seguintes na América Latina. Citamos parte do último parágrafo do seu artigo para mostrar a perspectiva que ela apontava para o problema:

Na introdução deste trabalho é assinalada a necessidade de se avançar de uma posição de crítica à explicação biológica da doença para a construção de uma interpretação distinta do processo saúde-doença que, tendo como eixo seu caráter social, pode impulsionar a geração de um novo conhecimento a seu respeito. A importância disso não reside somente no fato de se poder agregar alguns elementos novos, mas de se oferecer a possibilidade de abordar toda a problemática de saúde a partir de um ângulo diferente, isto é, como fenômeno coletivo e como fato social.

Ainda na década de 1970, Jaime BREILH, no Equador, publica *Epidemiologia: economia, política e saúde*, e, em co-autoria com Edmundo GRANDA, publica *Saúde na Sociedade*. Seguindo a mesma linha de LAURELL, estes autores propõem uma crítica aos modelos convencionais da epidemiologia e mostram como ela serviu de recurso do projeto capitalista. Para estes autores, ao

---

<sup>9</sup> Termo que designa doenças como as cardiovasculares, o diabetes, as neoplasias, entre outras.

considerar a determinação do processo saúde-doença no universo do biológico e ao naturalizá-lo, oculta-se sua determinação social e isso interessa ao projeto capitalista. Apresentam uma "nova" epidemiologia a serviço de mudanças sociais capitaneadas pelas necessidades das classes trabalhadoras. LAURELL, ao escrever o prólogo de *Epidemiologia: economia, política e saúde*, diz que "como há 140 anos com Virchow, a sorte da nova epidemiologia está ligada à sorte das classes trabalhadoras. Se elas podem avançar em seu projeto histórico, isto abre um espaço para que possa prosperar uma nova maneira de interpretar o processo de saúde-doença coletivo". (BREILH, 1991).

Estavam lançadas as bases conceituais para uma epidemiologia que veio a se chamar epidemiologia social.

Tanto é verdade que a epidemiologia precisava se repensar que PEREIRA (1995) fecha seu capítulo conceitual sobre a epidemiologia apontando as tendências da epidemiologia atual. Ao lado da epidemiologia clínica, que tenta recuperar o conhecimento epidemiológico para a tomada de decisões na saúde individual, coloca a epidemiologia social que "trata-se de contestação à visão clássica da epidemiologia, criticada como 'reducionista', 'funcionalista' ou 'positivista'". Para este autor, é o "renascer do estudo da determinação social da doença". Esta denominação tenta recuperar um sentido do social que, embora implícito à própria natureza da epidemiologia, parecia esquecido desde Virchow. "O seu intuito é o de procurar melhor entender a situação de saúde da população (...) dentro de alguns postulados básicos, que são encontrados principalmente na sociologia." (PEREIRA, 1995, p. 13).

O mesmo autor descreve como pilares da epidemiologia atual as ciências sociais, ao lado das ciências biológicas e da estatística:

As ciências sociais conferem uma dimensão mais ampla à epidemiologia. Os fatores que produzem a doença são biológicos e ambientais, com significados sociais complexos. A sociedade, da forma como está organizada, embora ofereça proteção aos indivíduos, também determina muitos riscos de adoecer, bem como o maior ou menor acesso das pessoas às técnicas de prevenção das doenças e de promoção e recuperação da saúde. (PEREIRA, 1995, p. 13-14).

Concordamos plenamente com Pereira ao construir a idéia da epidemiologia sobre pilares. O que permite a sua sustentação, então, seriam a biologia, a estatística e as ciências sociais. Portanto, se retirarmos um dos pilares a epidemiologia perde sustentabilidade. As ciências sociais têm, obviamente, um objeto de estudo de natureza social. A epidemiologia, pela própria definição, circunscreve seu objeto de estudo no campo do coletivo, reconhecendo assim o seu caráter social. Nesta linha de pensamento não tem sentido falar-se de uma epidemiologia social, já que está na própria natureza substantiva da epidemiologia este caráter. Assim, toda epidemiologia é social por definição. Além disso, é contraditório apontar-se ao mesmo tempo o social na epidemiologia, ora como pilar e ora como tendência. O social deve ser tomado, para a epidemiologia, no sentido mais importante, ou seja, o de pilar.

Parece que há atualmente uma recuperação da Medicina Social de Virchow e a epidemiologia e a sociologia estão num cruzamento, num encontro. Isto pode ser percebido pelas inúmeras contribuições dos cientistas sociais na área da saúde. Podemos citar como exemplo a realização, em Curitiba, do 1.º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde, em 1995, que reuniu mais de 800 pessoas, em que convergiram temas da área da saúde e das ciências sociais. Uma nova área de conhecimento vai se delineando através da interação dos modelos de compreensão da realidade próprios do paradigma da biologia e da sociologia. CANESQUI (1997, p. 11) enfatiza isso já na introdução do livro que resultou das contribuições mais significativas do encontro:

Pode-se seguramente afirmar a existência, no Brasil, de um acúmulo significativo de estudos relacionados às ciências sociais dedicados a uma ampla temática, perpassando os fenômenos relativos à saúde, doença, vida e morte e aos distintos saberes e práticas socialmente organizados para os seus enfrentamentos. Sem o consenso dos especialistas sobre a delimitação de um campo autônomo de conhecimento, dedicado circunscritamente à análise daqueles fenômenos, é reconhecido, entretanto, que aquelas questões engendram reflexões mais amplas sobre os processos sociais, a cultura e a sociedade, além de que a preservação, manutenção e recuperação da saúde dos cidadãos se tornaram, ao longo da história, objetos da intervenção estatal.

Agregar aos dados epidemiológicos estudos que utilizem os instrumentos das ciências sociais é promover um efeito revelador da realidade escondida atrás das estatísticas, impedindo a manipulação dos dados ou o ocultamento das desigualdades sociais.

Embora a função da epidemiologia seja a revelação de uma dada realidade de saúde, os dados podem, ao serem equivocadamente utilizados, levar a um efeito de ocultamento. Uma melhoria nos indicadores de saúde é rapidamente atribuída, pelos gestores públicos, como decorrente de suas ações, enquanto uma piora pode ser reinterpretada alegando-se que resulta de uma melhoria no sistema de coleta de dados, o que levou ao registro de maior número de casos. A escolha de um indicador de saúde em detrimento de outro também pode ocultar a dimensão de um problema de saúde. Muito se tem falado, por exemplo, na diminuição da mortalidade infantil, mas pouco se fala da permanência de altos índices de mortalidade perinatal e mortalidade materna. Além disso, ao se divulgar um indicador relativo a um município está se trabalhando com a média, e as diferenças entre os bairros não aparece.

Ao escolher essa discussão da epidemiologia, ao citar autores como Jaime Breilh, estamos tentando mostrar que os modelos da epidemiologia têm por trás questões ideológicas e que o seu uso, desta ou daquela forma, pode atender interesses de grupos sociais distintos. Ao negar o caráter social da epidemiologia como um todo, reduzindo a epidemiologia social a um ramo da epidemiologia, estamos negando a própria natureza da epidemiologia e seu valor de compreensão da realidade, com vista a transformações sociais. Se estudarmos a distribuição dos fatores determinantes das doenças e a sua própria distribuição sem correlacionarmos isto com o processo social, estamos longe de compreender os determinantes do processo saúde-doença.

O que se propõe é vencermos as dicotomias do binômio saúde-doença, compreender o processo saúde-doença como subordinado ao processo social e oferecer a contribuição de um estudo qualitativo com o universo conceitual das ciências sociais para a melhor compreensão dos dados epidemiológicos.

### 3.3 ALGUNS INDICADORES DE SAÚDE DA CIDADE DE CURITIBA

Uma vez realizada esta reflexão sobre a epidemiologia e seus usos gostaríamos de analisar alguns indicadores de saúde da cidade de Curitiba, a saber: mortalidade materna, mortalidade infantil e mortalidade perinatal.

Habitados que estamos a nutrir a imagem de Curitiba como cidade diferente das demais cidades brasileiras, exemplo de planejamento urbano, chegando a ser chamada de "Capital Ecológica", não é raro ouvirmos afirmações de que Curitiba tem indicadores de saúde de "primeiro mundo". Mas isto pode ser resultado de um processo de mistificação, como afirma OLIVEIRA (2000, p. 15-16):

Do "laboratório de experiências urbanísticas" dos anos 70 à "Capital ecológica" dos anos 90, a cidade de Curitiba conseguiu projetar, ao longo de todos estes anos, uma imagem extremamente positiva da sua gestão urbana, fato que, afinal, terminou por alçá-la à condição de modelo para todo o país.

...

Contudo, toda e qualquer leitura atenta das representações contemporâneas desta cidade permite perceber a mistificação que as permeia. Uma análise objetiva das reais condições da malha urbana e dos méritos – supostos ou reais – das realizações operadas pelos planejadores urbanos desde os anos 70 irá se deparar com inúmeras manifestações e fenômenos de todo incompatíveis com a imagem que se projeta da cidade.

Dessa forma, não se pode deixar de notar que as representações oficiais da cidade são extraordinariamente parciais, enfocando em demasia alguns aspectos, desconsiderando outros e praticamente ignorando as manifestações que contradigam a positividade do cenário.

A análise dos indicadores de saúde que faremos a seguir, produzidos pela epidemiologia, deve nos instigar a pesquisar os problemas de saúde de Curitiba na perspectiva das ciências sociais, procurando evitar, dessa forma, mistificações. Ao revelarmos os problemas mediante estudos qualitativos como este, estamos oferecendo um material sobre o qual os planejadores possam se debruçar.

Embora nosso objeto de estudo seja a morte perinatal, trataremos aqui da mortalidade materna, pois ela, assim como a mortalidade perinatal, reflete a qualidade da assistência à gestação, parto e puerpério. A morte materna é evitável e, portanto, índices elevados de morte materna refletem más condições no atendimento à saúde da mulher. Entende-se por morte materna o óbito ocorrido em



mulher em idade fértil devido à gravidez, parto e puerpério, e que ocorra durante a gestação ou até 42 dias depois do término da gravidez. O coeficiente de mortalidade materna é calculado em relação ao número de nascidos vivos e sob uma base de 100.000. O cálculo é feito em relação aos nascidos vivos, pois esta é uma forma indireta de estimar o número de mulheres expostas ao risco de morrer em decorrência da gravidez, parto ou puerpério (PEREIRA, 1995, p. 131-132).

Antes de entrarmos nos dados de Curitiba, a título de comparação apresentamos, na tabela 1, a seguir, alguns coeficientes de mortalidade materna em diferentes países:

TABELA 1 - RELAÇÃO ENTRE O PIB PER CAPITA E O COEFICIENTE DE MORTALIDADE MATERNA POR 100.000 NASCIDOS VIVOS EM DIFERENTES PAÍSES

PAÍS	COEFICIENTE DE MORTALIDADE MATERNA - 1987
Kuwait	2
Canadá	4
EUA	8
Japão	11
Hungria	15
Costa Rica	18
Cuba	39
Chile	48
Argentina	55
Brasil	120
Romênia	149
Gabão	169
Peru	286
Botsuana	200-300
Bolívia	371

FONTE: Zahar e Royston, citados por TANAKA (1995, p. 20)

Em Curitiba, o Coeficiente de Mortalidade Materna de 1999, em relatório preliminar da Secretaria Municipal da Saúde, aparece com o coeficiente de 71,1 mortes por 100.000 nascidos vivos, um valor muito acima do que se deu nos anos anteriores, como pode ser visto pela tabela 2.

TABELA 2 - SÉRIE HISTÓRICA DE MORTALIDADE MATERNA EM CURITIBA - 1982-1999

ANO	NASCIDOS VIVOS	ÓBITOS MATERNOS	COEFICIENTE DE MORTALIDADE MATERNA
1982	34 986	20	57,2
1983	32 336	17	52,6
1984	29 590	19	64,2
1985	30 088	16	53,2
1986	30 273	10	33,0
1987	30 026	07	23,0
1988	31 969	13	40,7
1989	31 760	13	40,9
1990	30 058	21	69,9
1991	29 200	16	54,8
1992	28 045	21	74,9
1993	29 483	13	44,1
1994	29 744	25	84,0
1995	29 783	20	67,1
1996	29 807	15	50,3
1997	29 833	16	53,6
1998	29 027	11	38,0
1999	29 522	21	71,1

FONTES: 1982 a 1988 - Ministério da Saúde; 1989 a 1999 - Secretaria Municipal da Saúde/Centro de Epidemiologia - Comitê Pró-Vida Nascidos Vivos; 1982 a 1993 - IBGE; 1994 a 1998 - SESA/Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC)

À primeira vista houve uma significativa piora do Coeficiente de Mortalidade Materna, mas existem explicações fornecidas pelos profissionais que trabalham com esses dados. A primeira delas é que Curitiba tem investigado todas as mortes de mulheres em idade fértil e, portanto, o aumento do número de mortes maternas pode ser resultado da melhoria no sistema de notificação. A segunda é que o número absoluto de mortes, sendo muito pequeno, o intervalo de confiança é muito amplo, como pode ser observado na tabela 3, o que dificulta tirar conclusões.

TABELA 3 - INTERVALOS DE CONFIANÇA DOS COEFICIENTES DE MORTALIDADE MATERNA - 1994-1999

ANO	COEFICIENTE DE MORTALIDADE MATERNA	INTERVALO DE CONFIANÇA
1994	84,0	50,1 - 114,7
1995	67,1	37,7 - 96,5
1996	50,3	24,8 - 75,8
1997	53,6	27,3 - 79,8
1998	38,0	15,6 - 60,4
1999	71,1	40,7 - 101,5

FONTE: Secretaria Municipal da Saúde/Centro de Epidemiologia/Coordenação de Diagnóstico em Saúde

Embora a discussão acima seja importante, o que nos resta afirmar é que existem mortes evitáveis de mulheres devidas às complicações da gestação, parto e

puerpério em Curitiba, o que reflete problemas na qualidade da assistência à saúde dessas mulheres. Das 21 mortes ocorridas em 1999 somente 2 delas foram consideradas inevitáveis. Considerando que 75% dessas mulheres fizeram pré-natal e que em Curitiba 99,15% dos partos são realizados em hospitais, a diminuição destes índices depende da melhoria da qualidade desses serviços.

A mortalidade infantil corresponde às mortes de crianças nascidas vivas antes de completar o primeiro ano de vida e é calculada sobre a base de 1.000 nascidos vivos. A morte nesta faixa etária pode ser neonatal ou pós-neonatal. A morte neonatal refere-se àquela ocorrida no período que vai do nascimento até o 28.º dia de vida, dividindo-se em neonatal precoce até o 7.º dia, e neonatal tardia após o 7.º dia. A morte pós-neonatal é aquela ocorrida após o 28.º dia de vida e antes do fim do primeiro ano. A mortalidade perinatal, objeto deste estudo, é a somatória das mortes neonatais precoces com as mortes ocorridas durante a gravidez a partir da 22.ª semana ou, ainda, da morte do feto pesando ao menos 500 gramas.

Curitiba vem apresentando, nos últimos vinte anos, uma tendência de diminuição da mortalidade infantil, como pode ser observado na tabela 4:

TABELA 4 - COEFICIENTES DE MORTALIDADE INFANTIL E SEUS COMPONENTES - CURITIBA - 1979-1999

ANO	NEONATAL PRECOCE	NEONATAL TARDIO	PÓS-NEONATAL	INFANTIL
1979	12,57	4,48	30,18	47,32
1980	12,06	3,43	26,99	42,66
1981	13,83	3,42	20,91	38,31
1982	13,83	4,37	17,55	36,04
1983	14,07	3,83	17,44	35,44
1984	12,44	3,62	19,23	35,35
1985	12,20	2,46	17,65	32,31
1986	11,73	3,40	14,57	29,70
1987	12,59	3,06	13,12	28,81
1988	12,64	3,60	13,73	29,97
1989	11,52	2,52	13,35	28,18
1990	12,68	3,49	14,21	30,47
1991	12,81	3,08	11,16	27,09
1992	10,91	2,50	9,81	23,21
1993	9,29	2,31	10,72	22,72
1994	9,46	2,34	8,18	19,98
1995	9,94	2,65	7,76	20,35
1996	9,16	2,58	6,31	18,05
1997	8,28	2,55	5,13	15,96
1998	8,21	1,59	6,55	16,35
1999	7,99	1,69	4,50	14,19

FONTE: Secretaria Municipal da Saúde - Boletim Epidemiológico de Curitiba. Ano XI, n. 1, jan.-abr. 2000, p. 3

Essa tendência, porém, localiza-se principalmente na mortalidade pós-neonatal. Nota-se que há uma persistência da mortalidade neonatal precoce, o que vai influir para um alto coeficiente de mortalidade perinatal.

Essa diminuição da mortalidade infantil mais tardia ocorreu em função da expansão da rede básica de saúde nas últimas duas décadas, e conseqüente implementação de ações como incentivo ao aleitamento materno, aumento da cobertura vacinal, tratamento adequado das doenças respiratórias e diarréicas, estas através da reidratação oral. Estas ações não dependiam de um sistema hospitalar, sendo implantadas no nível ambulatorial. Além disso, a rede ambulatorial é própria do município, o que permite uma adesão maior dos profissionais às políticas de saúde implementadas pelos gestores. Outra questão é que essas medidas são de baixo custo. Assim, a queda de 47,32 mortes por 1.000 nascidos vivos no ano de 1979 para 14,19 mortes por 1.000 nascidos vivos no ano de 1999 foi acompanhada do decréscimo da mortalidade pós-neonatal de 30,18 para 4,50, mas houve a persistência de níveis elevados de mortes neonatais precoces, sendo a diminuição de 12,57 para 7,99. Ou seja, em 1999 mais da metade das mortes no primeiro ano de vida ocorreu até o sétimo dia de vida.

Estas mortes precoces não podem ser reduzidas sem tocar no sistema hospitalar e na atuação dos profissionais que lá trabalham, pois dependem das ações hospitalares. Estes hospitais, na maioria das vezes, são do setor privado e vendem serviços ao setor público. Além disso, os profissionais que lá atuam não se sentem subordinados às políticas públicas de saúde. O desafio que se impõe é de uma magnitude muito maior que a do desafio anterior. Reduzir ainda mais a mortalidade infantil vai exigir, agora, investimentos em mudanças no sistema hospitalar.

Além disso, cabe ressaltar que os investimentos necessários para a melhoria da assistência à gestante e ao recém-nascido de alto risco são investimentos altos do ponto de vista econômico. A instalação de Unidades de Terapia Intensiva Neonatais e a formação e manutenção de profissionais capazes de trabalhar nesses serviços demandam um montante elevado de recursos. O

desafio que se coloca exige, portanto, uma decisão política de alocação de recursos econômicos na área de saúde.

O desafio que apontamos exige conhecermos o problema da mortalidade perinatal de forma mais aprofundada. A dinâmica das relações intra-hospitalares pode estar influenciando na persistência dos níveis de mortalidade. A epidemiologia, pela sua própria evolução enquanto disciplina, aponta para a necessidade de se conhecer a determinação social do processo saúde-doença. Uma vez colocadas essas questões, acreditamos que o conhecimento epidemiológico deve ser tomado como um ponto de partida e, assim, resolvemos buscar nas ciências sociais o referencial teórico e metodológico para agregar à epidemiologia um conhecimento qualitativo.

## 4 NO SÍTIO CERCADO: UM BAIRRO NOVO, VELHOS PROBLEMAS

Administrar o confronto entre o país real, do desemprego, da fome, da falta de quase tudo na quantidade necessária, e o país ideal dos que acreditaram um dia num salto mágico para padrões primeiro-mundistas de vida, é tarefa extremamente difícil nas cidades.

David Capistrano Filho, em *Da Saúde e das Cidades*.

O bairro Sítio Cercado era, até então, desconhecido para nós. Provavelmente por lá devemos ter passado no início da década de 1980, quando trabalhamos como médico pediatra em uma unidade básica de saúde no Alto Boqueirão, bairro vizinho. O Sítio Cercado ficava ao sul do já distante Alto Boqueirão e, normalmente, quando ultrapassávamos os limites da área de abrangência da unidade de saúde, encontrávamos uma bela e extensa área de campo.

A escolha do Sítio Cercado foi resultado das visitas ao Centro de Epidemiologia da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, e baseou-se na análise dos dados epidemiológicos sobre a mortalidade perinatal e na quantificação do risco a que estavam expostos os recém-nascidos dos diferentes bairros da cidade.

### 4.1 O BAIRRO SÍTIO CERCADO: CARACTERÍSTICAS

A surpresa foi que, na primeira ida ao bairro para iniciar as entrevistas, tomando uma via principal e chegando a um ponto alto da rua vislumbramos um bairro denso. A visão dos tetos das pequenas casas, umas próximas às outras, já acenava com os problemas que encontraríamos.

O título "Curitiba e o mito da cidade modelo", que OLIVEIRA (2000) escolheu para seu livro, aponta para a idéia de que a imagem de cidade modelo atribuída a Curitiba pode ser resultado de mitificação. Este autor faz uma discussão das razões do sucesso do projeto urbanístico da cidade. Nós pretendemos, neste trabalho, avançar para além das aparentes soluções criadas pelos planejadores e trabalhar com a realidade vivenciada pelas famílias no seu cotidiano, mais especificamente no Sítio Cercado.

CAPISTRANO FILHO (1995, p. 80-81) fala, no artigo que inspirou a epígrafe deste capítulo, dos paradoxos que enfrenta o administrador municipal num momento da história do país, em que o processo de descentralização das políticas públicas coloca o poder local como responsável e em que o poder federal se omite. O artigo é um rápido desabafo do então prefeito de Santos a respeito de uma situação política muito específica que vivia no momento. Mas, ele nos serve para a reflexão dos resultados desta pesquisa. Observa-se em documento do Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba - IPPUC (1993), que o governo federal havia retirado as fontes de financiamento de um projeto habitacional no Sítio Cercado, e que a municipalidade teve que assumir a continuidade do mesmo. Não temos como objetivo discutir a dinâmica do poder local, mas é dele que as responsabilidades são cobradas pela população, e talvez este seja o grande mérito da descentralização das políticas públicas em curso no país. É um pressuposto dos ideólogos da Reforma Sanitária Brasileira que o controle social (entenda-se o controle da população exercido sobre as ações dos governantes) é mais efetivo quanto mais local é o poder que implementou essas políticas.

O bairro Sítio Cercado é originário de 180 alqueires de terra existentes ao sul da cidade de Curitiba, de propriedade de Laurindo Ferreira de Andrade. O nome Sítio Cercado veio do fato de que a maior parte das terras eram cercadas pelas águas. Os descendentes do Sr. Laurindo foram gradativamente se desfazendo da propriedade, sendo que em 1945 os leiteiros alemães do Boqueirão (bairro um pouco mais ao norte) compraram a metade das terras e, em 1952, a quase totalidade do restante foi vendida para diversas famílias. Tratava-se de região agrícola e os moradores cultivavam laranjas, mimosas, figos, pêssegos, batata e feijão, além de criarem gado suíno e bovino. (INSTITUTO DE PESQUISA..., 1999).

Para entender o processo de ocupação do solo que se deu a partir da década de 1990 transcrevemos parte da introdução do documento "Bairro Novo do Sítio Cercado: proposta de curto prazo":

O projeto habitacional denominado Bairro Novo constitui-se numa intervenção da Prefeitura e Companhia de Habitação Popular de Curitiba, em região de aproximadamente 4,2 milhões de metros quadrados, para a produção de 10.000 lotes populares e a viabilização de até 20.000 apartamentos.

A implantação do projeto em etapas, iniciada no final do ano de 1991, apresenta em março de 1993 sete loteamentos entregues e um em execução, totalizando 5.415 lotes populares.

O impacto observado com a ocupação de área de tal porte agravado pela baixa renda das famílias atendidas e pela inexistência de recursos federais requer ações municipais integradas, que serão propostas neste documento, com o objetivo de dotar de infra e supra-estrutura urbana os loteamentos implantados.

Os loteamentos entregues têm sido ocupados com relativa agilidade pelas famílias selecionadas pela Companhia de Habitação Popular de Curitiba, observando-se a existência de casas de bom padrão mesmo não tendo havido financiamento de material de construção. Por outro lado, a continuidade da execução das obras de infra-estrutura nos loteamentos, principalmente drenagem e ensaibramento das ruas, é urgente e depende basicamente da obtenção de recursos, já que a participação da Administração Regional e do 5.º Distrito está equacionada.

A interligação viária do Bairro Novo ao entorno, prevista no arruamento projetado, se concretizará com a execução de pontes sobre os córregos Boa Vista e Padilhas e de transposição de via férrea na Rua Tijucas do Sul. Essas obras poderão ser implantadas gradativamente e na medida em que ocorram as etapas seguintes de ocupação da área.

É fundamental, também, a obtenção de recursos para execução dos equipamentos públicos prioritários, dimensionados para o atendimento básico da demanda já instalada.

As ações de curto prazo propostas revestem-se de caráter emergencial, estando ajustadas à realidade de escassez de recursos públicos e constituem-se no mínimo necessário para consolidação dos objetivos do Projeto Bairro Novo. (INSTITUTO DE PESQUISA..., 1993, introd.).

Percebe-se a dimensão da intervenção pública no ordenamento do espaço urbano e, tratando-se principalmente de famílias de baixa renda, é possível vislumbrar os desafios na alocação de serviços públicos essenciais, sendo que, no nosso caso, que envolve entender os desafios na construção do SUS, o Sítio Cercado, com seu Bairro Novo, nos oferece material para a compreensão das dificuldades de suprir a população com um sistema de saúde adequado às suas necessidades.

Todo o processo de construção do SUS é pautado pela descentralização, mas, no caso do Projeto Bairro Novo, a idéia que o documento (INSTITUTO DE PESQUISA..., 1993) sugere é a de omissão por parte da esfera federal:

A magnitude do Projeto Bairro Novo transforma-o em um exemplo de ação municipal na área habitacional.

Entretanto, a interrupção do repasse de recursos em contratos já firmados com a Caixa Econômica Federal, bem como o fechamento das linhas de financiamento, para habitação em que o processo de implantação do projeto encontrava-se irreversível em mais de 50% da área, forçaram a Companhia de Habitação Popular de Curitiba/Fundo Municipal de Habitação (COHAB-CT/FMH) a assumir integralmente o processo sem ter o aporte financeiro necessário a toda infra-estrutura demandada.



O mesmo documento (INSTITUTO DE PESQUISA..., 1993, p. 5) mostra que os equipamentos sociais existentes eram insuficientes para o atendimento da demanda de serviços básicos de 5.415 famílias que lá se instalavam. Além disso os equipamentos nos bairros vizinhos não poderiam absorver a demanda, já que se encontravam com sua capacidade esgotada. Foi prevista então a construção de equipamentos sociais nas áreas de educação, abastecimento e saúde, entre outras.

O fenômeno mais evidente no Sítio Cercado, do ponto de vista demográfico, foi seu rápido crescimento populacional. Uma breve análise desse processo nos ajuda a compreender a magnitude dos problemas de saúde na região.

O bairro ocupa uma área de 1.112,30 hectares em Curitiba, que tem um total de 43.217,00 hectares de área e responde por uma densidade populacional de 80,04 habitantes/hectare (dados de 1996), enquanto Curitiba tem uma densidade de 34,16 habitantes/hectare. (INSTITUTO DE PESQUISA..., 1999) - Anexo 1.

Na última contagem populacional, em 1996, o Sítio Cercado aparece com uma população de 89.034 residentes, o que foi resultado de um crescimento populacional muito acelerado nos últimos anos. Na tabela 5 verifica-se este crescimento a partir da década de 1980.

TABELA 5 - POPULAÇÃO DE CURITIBA E DO BAIRRO SÍTIO CERCADO - 1970/1996

ESPECIFICAÇÃO	1970	1980	1991	1996
Curitiba	609 026	1 024 975	1 315 035	1 476 253
Sítio Cercado	993	20 752	52 498	89 034

FONTE: INSTITUTO DE PESQUISA E PLANEJAMENTO URBANO DE CURITIBA. **Curitiba - contagem populacional 1996 - IBGE**. Curitiba, 1998a

A densidade demográfica no bairro também mostra este crescimento, como aponta a tabela 6:

TABELA 6 – DENSIDADE DEMOGRÁFICA (HABITANTES/HECTARE) DE CURITIBA E DO BAIRRO SÍTIO CERCADO - 1970/1996

ESPECIFICAÇÃO	1970	1980	1991	1996
Curitiba	14,09	23,72	30,53	34,16
Sítio Cercado	0,89	18,66	47,20	80,04
Posição do Sítio Cercado <sup>(1)</sup>	67	51	29	6

FONTE: INSTITUTO DE PESQUISA E PLANEJAMENTO URBANO DE CURITIBA. **Curitiba - contagem populacional 1996 - IBGE**. Curitiba, 1998a

(1) Posição em relação aos outros bairros, em ordem decrescente.

Este crescimento está muito acima do que se deu em outros bairros da Regional Bairro Novo (tabela 7):

TABELA 7 - POPULAÇÃO TOTAL POR BAIRROS, TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL E DENSIDADE DEMOGRÁFICA - 1996

BAIRRO	POPULAÇÃO TOTAL	CRESCIMENTO ANUAL (1991-1996) (%)	DENSIDADE DEMOGRÁFICA (1996) (Habitantes/Hectare)
Campo de Santana	6 895	10,73	3,20
Caximba	1 790	16,96	2,19
Ganchinho	5 847	17,14	5,22
Sítio Cercado	89 034	11,14	80,04
Umbará	12 003	14,12	5,34
TOTAL	115 569	11,61	15,39

FONTE: INSTITUTO DE PESQUISA E PLANEJAMENTO URBANO DE CURITIBA. **Regional Bairro Novo**: informações por bairros. Curitiba, 1998b

A razão do crescimento é uma intervenção planejada no sentido da ocupação do solo através do Projeto Bairro Novo, já que esse crescimento não ocorre da mesma forma nos bairros contíguos.

Mesmo em relação à cidade como um todo, pode-se perceber a magnitude do processo vivido pelo Sítio Cercado, que chegou a ser o bairro de maior crescimento anual entre 1970 e 1980 (tabela 8).

TABELA 8 - TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DE CURITIBA E DO BAIRRO SÍTIO CERCADO - 1970-80/1980-91/1991-96

ESPECIFICAÇÃO	1970-80 (%)	1980-91 (%)	1991-96 (%)
Curitiba	5,34	2,29	2,34
Sítio Cercado	35,52	8,80	11,14
Posição do Sítio Cercado <sup>(1)</sup>	1	4	6

FONTE: INSTITUTO DE PESQUISA E PLANEJAMENTO URBANO DE CURITIBA. **Curitiba - contagem populacional 1996 - IBGE**. Curitiba, 1998a

(1) Posição em relação aos outros bairros, em ordem decrescente.

A população que vai ocupando o Sítio Cercado possui renda abaixo da média de Curitiba, o que aumenta ainda mais a necessidade de um sistema de saúde pública capaz de atender às suas necessidades, pois dificilmente esta população poderia comprar serviços no setor privado. A renda média em salários mínimos (S.M.) no Sítio Cercado, em 1991, era de 2,78 S.M., enquanto em Curitiba era de 4,45 S.M. (INSTITUTO DE PESQUISA..., 1999).

As unidades habitacionais são simples e foram classificadas da seguinte forma, em 1996, em relação ao padrão habitacional: 89,1% delas como simples, 10,8% como médio e 0% nas categorias de luxo e alto luxo. Eram 23.172 domicílios, nesse ano, enquanto para Curitiba havia 429.963 domicílios; moravam 3,84 pessoas por domicílio, enquanto para Curitiba a média era de 3,43. As unidades domiciliares são pequenas, pois enquanto em Curitiba a média, em 1998, era de 78 m<sup>2</sup>, no Sítio Cercado a média de área construída era de 43,9 m<sup>2</sup>. (INSTITUTO DE PESQUISA..., 1999).

Um outro indicador que pode caracterizar a situação sócio-econômica da população do bairro é o número de veículos por habitante. No Sítio Cercado, em 1998, era de 0,14, enquanto a média da cidade de Curitiba era de 0,42 veículo por habitante. Não dispondo de meio de locomoção próprio, o morador deste bairro depende ainda mais de um sistema de saúde resolutivo na própria região e de um sistema de referência organizado, como prevê o SUS. (INSTITUTO DE PESQUISA..., 1999).

O que nos levou a escolher o Sítio Cercado para este estudo de caso foi, primeiramente, o fato de que as mortes perinatais aparecem em grande número no bairro. Porém, enquanto números absolutos, poderiam ser conseqüência do tamanho da população. Mas, ao verificar o perfil dos nascidos vivos em Curitiba, em documento publicado anualmente pela Secretaria Municipal da Saúde, o bairro aparece como uma área onde o percentual de recém-nascidos que estão expostos a risco é elevado.

Não pretendemos analisar o perfil de saúde do bairro, pois isso seria uma tarefa árdua e foge dos objetivos do presente trabalho, mas, prender-nos à apresentação do risco ao qual os recém-nascidos estão expostos. Este dado acompanha as taxas de mortalidade perinatal.

No capítulo "Epidemiologia: um ponto de partida", mostramos como os dados epidemiológicos podem nos instigar a pesquisar os problemas do setor saúde com o auxílio do instrumental das ciências sociais. Apresentamos alguns dados de Curitiba que mostram que, embora a mortalidade infantil tenha diminuído nos últimos anos, restam duas questões importantes, a nosso ver. A primeira delas é que essa

redução se dá pela diminuição das mortes mais tardias, persistindo de forma grave as mortes logo após o nascimento, e anteriores ao nascimento, durante a gestação. A segunda é que, trabalhar com os dados de Curitiba pode ocultar as diferenças por regiões ou bairros. Não se tem acesso aos coeficientes de mortalidade infantil ou perinatal por bairros porque não é possível calculá-los de forma adequada para populações menores. Mas, a análise das Declarações de Nascidos Vivos, preenchida nas maternidades para todos os nascidos vivos e que tem alimentado a citada publicação do Perfil de Nascidos Vivos de Curitiba, é fonte rica para se perceber essas diferenças regionais. Esse trabalho é que identifica os recém-natos de risco para acompanhamento prioritário dessas crianças.

Os critérios de risco são peso de nascimento igual ou abaixo de 2.500 gramas, idade gestacional igual ou menor que 36 semanas, Apgar<sup>10</sup> no quinto minuto menor que 7, parto não hospitalar, idade materna abaixo de 20 anos, escolaridade da mãe abaixo do primeiro grau completo, número de filhos nascidos vivos igual ou maior que três e número de filhos nascidos mortos igual ou maior que dois (CURITIBA. Secretaria Municipal..., 1999, p. 8). Vê-se que o risco é dado por fatores tanto de ordem biológica como social.

Em Curitiba, em 1998, nasceram vivas 28.380 crianças, das quais 2.502 crianças do Sítio Cercado, sendo que, destas, 893 estavam expostas a risco ao nascer, representando 35,7% delas, o que pode ser visto na tabela 9.

TABELA 9 - PERFIL DE RISCO NO BAIRRO SÍTIO CERCADO - 1998

FATOR DE RISCO	SÍTIO CERCADO (%)	CURITIBA (%)
Risco	35,7	*
Peso igual ou menor que 2.500 g	9,5	9,2
Apgar no 5.º min. menor que 7	2,4	1,3
Idade gestacional abaixo de 37 semanas	5,1	5,3
Idade da mãe abaixo de 20 anos	23,2	19,8
Escolaridade abaixo do 1.º Grau completo	59,1	44,0

FONTE: CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Centro de Epidemiologia. **Perfil dos nascidos vivos**: Curitiba - 1998. Curitiba, 1999

(\*) Este dado não consta do documento consultado.

<sup>10</sup> Apgar se refere a um escore adotado no primeiro e no quinto minutos após o nascimento e que analisa cinco características vitais do recém-nascido dando-lhe uma pontuação de zero a dez, considerando-se normal a pontuação igual ou acima de sete.

Nota-se que os fatores de ordem social, como a escolaridade e a idade da mãe, são muito prevalentes em relação aos fatores biológicos, como o peso ao nascer, o Apgar e a duração da gestação.

A análise do percentual de crianças recém-nascidas expostas a risco por Distrito Sanitário<sup>11</sup> mostra a desigualdade dessa distribuição na cidade. O maior índice é encontrado no Distrito Sanitário Bairro Novo, do qual faz parte o bairro Sítio Cercado (tabela 10).

TABELA 10 - PERFIL DE RISCO POR DISTRITO SANITÁRIO - 1998

DISTRITO SANITÁRIO	TOTAL DE NASCIDOS VIVOS	RECÉM-NASCIDOS EXPOSTOS A RISCO	
		Abs.	%
Bairro Novo	3 119	1 215	38,9
Boa Vista	3 590	1 000	27,8
Boqueirão	3 614	1 083	30,0
Cajuru	3 266	1 023	31,3
Matriz	2 688	537	20,0
Pinheirinho	3 504	1 303	37,2
Portão	5 657	1 788	31,6
Santa Felicidade	2 910	869	29,8

FONTE: CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Centro de Epidemiologia. **Perfil dos nascidos vivos**: Curitiba - 1998. Curitiba, 1999

#### 4.2 A OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BAIRRO SÍTIO CERCADO

O bairro Sítio Cercado está localizado no Distrito Sanitário Bairro Novo, que compreende ainda os bairros Campo do Santana, Ganchinho, Umbará e Caximba. O distrito contava, em 1997, com 10 unidades de saúde e com o Centro Médico Comunitário Bairro Novo, que funciona como hospital, com 49 leitos. Atualmente todas as unidades trabalham dentro do Programa de Saúde da Família

---

<sup>11</sup> Distrito Sanitário é entendido, na concepção "topográfico-burocrática", como um espaço geográfico, populacional e administrativo onde existe uma coordenação dos equipamentos de saúde ali existentes, buscando a racionalização administrativa, contemplando a idéia de regionalização, mas também deve ser compreendido como um "processo social" em que as próprias políticas de saúde são discutidas e redirecionadas para responder às demandas da população. (MENDES, 1995, p. 160-162).

(PSF)<sup>12</sup>, o que não era a realidade no ano em que ocorreram os casos estudados; nessa época, somente sete unidades trabalhavam com o PSF. Neste distrito existiam, em 1997, na forma de serviços de saúde particulares, nove consultórios médicos, uma clínica médica, uma clínica de fisioterapia, 24 consultórios odontológicos, uma clínica odontológica e duas clínicas médico-odontológicas. (CURITIBA, Secretaria Municipal..., 1997, p. 1).

No bairro estão localizadas as unidades de saúde Parigot de Souza, Salvador Allende, São João Del Rey, Xapinhal, João Cândido, Nossa Senhora Aparecida e Bairro Novo, que atuam dentro da proposta do PSF. A Unidade de Saúde Bairro Novo foi recentemente inaugurada e conta com um Centro de Especialidades, que oferece consultas médicas nas especialidades de maior demanda. A Unidade de Saúde Sítio Cercado funciona em regime de atendimento de 24 horas, oferecendo consultas médicas de emergência, atendimento de emergências odontológicas, leitos de observação em pediatria e clínica médica, bem como atendimentos de enfermagem. O Centro Comunitário Bairro Novo é o hospital da região e o local onde a maioria das mulheres entrevistadas foi atendida. Percebe-se que há uma ampliação da oferta de serviços de saúde no bairro e que, além da atenção primária à saúde, o atendimento especializado ambulatorial e hospitalar tem sido contemplado (Anexo 2).

Verifica-se, na tabela 11, pelas datas de inauguração dos serviços de saúde no bairro, que a oferta de serviços é recente e acompanhou a ocupação através do Projeto Bairro Novo.

---

<sup>12</sup> O Programa de Saúde da Família é um programa do Ministério da Saúde, implantado a partir de 1993, como resposta à demanda dos municípios que propunham uma mudança do modelo assistencial e exigiam novas formas de financiamento para a operacionalização dessa mudança. (SILVEIRA, 2000, p. 49).

TABELA 11 - EQUIPAMENTOS SOCIAIS NA ÁREA DE SAÚDE EXISTENTES NO BAIRRO SÍTIO CERCADO E ANO DE INAUGURAÇÃO

EQUIPAMENTO	ANO DE INAUGURAÇÃO
US Parigot de Souza <sup>(1)</sup>	1985
US Salvador Allende <sup>(1)</sup>	1986
US São João Del Rey <sup>(1)</sup>	1990
US Sítio Cercado - 24 horas <sup>(1)</sup>	1992
US Nossa Senhora Aparecida <sup>(1)</sup>	1996
US João Cândido <sup>(1)</sup>	1996
US Xapinha <sup>(1)</sup>	1996
Centro Médico Comunitário Bairro Novo <sup>(1)</sup>	1997
US Bairro Novo e Centro de Especialidades <sup>(2)</sup>	2000

FONTES: (1) INSTITUTO DE PESQUISA..., 1998b; e (2) Informação verbal de um técnico do Distrito Sanitário Bairro Novo

Como se observa, é grande o número de serviços de saúde no bairro Sítio Cercado, mas devemos lembrar que a população do bairro era de 89.034 habitantes na Contagem Populacional de 1996, realizada pelo IBGE. Encontram-se ainda, no Distrito Sanitário Bairro Novo, as seguintes unidades de saúde: US Palmeiras, no bairro Umbará; US Dom Bosco, no bairro Campo do Santana; US Osternack, no bairro Ganchinho; e US Caximba, no bairro Caximba.

#### 4.3 A EPIDEMIOLOGIA NA ESCOLHA DO SÍTIO CERCADO

A análise dos óbitos no período perinatal entre os residentes em Curitiba, no ano de 1998, foi o ponto de partida para a escolha da região onde se daria este estudo. Foram 303 óbitos fetais e 233 óbitos neonatais precoces até o sétimo dia de vida, totalizando 536 óbitos perinatais.

Nosso primeiro passo foi observar a distribuição desses óbitos entre os bairros da cidade, o que pode ser observado na tabela 12:

TABELA 12 - DISTRIBUIÇÃO, POR BAIRROS, DOS ÓBITOS PERINATAIS OCORRIDOS ENTRE OS RESIDENTES EM CURITIBA - 1998

continua

BAIRRO	ÓBITO FETAL	ATÉ 7 DIAS	TOTAL
Ignorado	23	15	38
Abranches	02	02	04
Água Verde	09	05	14
Ahú	01	00	01
Alto Boqueirão	04	07	11
Alto da Glória	00	00	00
Alto da XV	02	00	02
Atuba	03	00	03
Augusta	00	00	00
Bacacheri	01	00	01
Bairro Alto	08	06	14
Barreirinha	05	03	08
Batel	01	01	02
Bigorriho	00	00	00
Boa Vista	03	04	07
Bom Retiro	02	00	02
Boqueirão	17	12	29
Butiatuvinha	00	00	00
Cabral	01	01	02
Cachoeira	00	03	03
Cajuru	20	15	35
Campina do Siqueira	01	00	01
Campo Comprido	10	05	15
Campo de Santana	01	00	01
Capanema	01	01	02
Capão da Imbuia	06	01	07
Capão Raso	04	08	12
Cascatinha	01	00	01
Caximba	01	00	01
Centro	09	02	11
Centro Cívico	00	00	00
CIC - Não Identificado	06	00	06
CIC - Pinheirinho	10	11	21
CIC - Portão	14	07	21
CIC - Santa Felicidade	02	04	06
Cristo Rei	02	01	03
Fazendinha	03	10	13
Ganchinho	00	00	00
Guabirota	01	01	02
Hugo Lange	00	00	00
Jardim das Américas	02	01	03
Jardim Social	00	01	01
Juvevê	00	01	01
Lamenha Pequena	00	00	00
Mercês	02	02	04
Mossungué	02	02	04
Novo Mundo	07	06	13
Orleans	01	00	01
Parolim	01	01	02
Pilarzinho	07	02	09



TABELA 12 - DISTRIBUIÇÃO, POR BAIRROS, DOS ÓBITOS PERINATAIS OCORRIDOS ENTRE OS RESIDENTES EM CURITIBA - 1998

BAIRRO	ÓBITO FETAL	ATÉ 7 DIAS	conclusão
			TOTAL
Pinheirinho	14	15	29
Portão	06	07	13
Prado Velho	01	01	02
Rebouças	02	00	02
Riviera	00	00	00
Santa Cândida	05	01	06
Santa Felicidade	03	08	11
Santa Quitéria	00	02	02
Santo Inácio	01	00	01
São Braz	04	01	05
São Francisco	01	01	02
São João	00	00	00
São Lourenço	00	00	00
São Miguel	00	00	00
Seminário	00	01	01
Sítio Cercado	25	18	43
Taboão	00	01	01
Tarumã	00	01	01
Tatuquara	10	05	15
Tingüi	00	01	01
Uberaba	11	05	16
Umbará	02	07	09
Vila Fanny	00	01	01
Vila Guaíra	01	01	02
Vila Hauer	03	03	06
Vila Izabel	00	01	01
Vila Lindóia	02	00	02
Vista Alegre	03	03	06
Xaxim	13	08	21
TOTAL	303	233	536

FONTE: Secretaria Municipal de Saúde/Centro de Epidemiologia

O Sítio Cercado aparece com o maior número absoluto de mortes. Embora isso possa ser relativizado pelo tamanho da população, esse dado chamou-nos a atenção, apontando o bairro como uma possível escolha para a pesquisa, além do Cajuru, Boqueirão e Pinheirinho, com números também elevados de mortes perinatais. Previa-se uma perda importante de entrevistas por dificuldade de localizar as mulheres ou mesmo por possíveis recusas por parte delas ou por seus familiares. Por este motivo, partir de um número alto de casos era importante para assegurar a viabilidade da coleta de dados.

Ao distribuímos os óbitos por hospitais, como mostra a tabela 13, chamou-nos a atenção o fato de que a distribuição segue a lógica do sistema de referência. Os hospitais universitários e aqueles que possuem Unidades de Terapia Intensiva para recém-nascidos são aqueles onde ocorre o maior número de óbitos. Além disso aparecem hospitais locais (de bairros) com alto número de óbitos, como o Hospital e Maternidade Nossa Senhora do Carmo, Hospital e Maternidade Santa Brígida, Hospital e Maternidade Vila Hauer e Centro Médico Comunitário Bairro Novo. Estes hospitais têm em comum sua localização mais ao sul da cidade, região de ocupação mais recente e que enfrenta maiores problemas de natureza social.

TABELA 13 - DISTRIBUIÇÃO DOS ÓBITOS PERINATAIS OCORRIDOS EM CURITIBA, POR HOSPITAL - 1998

HOSPITAL	ÓBITOS FETAIS	ATÉ 7 DIAS	TOTAL
Ignorado	09	08	17
H. P. Socorro Cajuru	01	00	01
H. de Clínicas	32	14	46
H. Evangélico	86	43	129
H. do Trabalhador	28	15	43
H.N.S. das Graças	11	15	26
H. Santa Cruz	04	02	06
H. C. Polícia Militar	02	00	02
H. C. F. Novo Mundo	01	00	01
H. Erasmo de Roterdam	01	01	02
H. da Cruz Vermelha	00	01	01
H. Sant'Ana	01	02	03
H. Erasto Gaertner	00	01	01
H. São Lucas	04	02	06
H. São Vicente	00	01	01
H. Santa Casa de Misericórdia	01	00	01
C.P.S.I. do Portão	00	01	01
H. Pequeno Príncipe	00	21	21
H. M. N. S. do Carmo	12	18	30
H. M. N. S. do Pilar	02	02	04
H. M. Santa Brígida	14	14	28
H. M. Santa Felicidade	00	01	01
H. M. N. S. do Rosário	26	23	49
H. M. Santa Izabel	11	5	16
H. M. Madalena Sofia	03	06	09
H. M. C. Vila Hauer	14	10	24
H. C. S. Paciornick	02	00	02
M. Curitiba	02	06	08
M. N. S. de Fátima	15	06	21
Outros Curitiba	00	01	01
Outros RMC	03	01	04
C. M. C. Bairro Novo	18	13	31
TOTAL	303	233	536

FONTE: Secretaria Municipal da Saúde/Centro de Epidemiologia

Aos poucos, para nós, estava se configurando a escolha do bairro para o estudo de caso. Pareceu-nos que, para trabalhar as representações sociais da mortalidade perinatal dentro da organização SUS configuraria um cenário propício escolher um bairro que, tendo um grande número de óbitos, tivesse também um sistema de referência que contemplasse o atendimento na rede básica, o atendimento em hospital local e o encaminhamento para níveis terciários de atenção à saúde, em que existisse, entre outros, um serviço para recém-nascidos de alto risco. O Sítio Cercado contemplava essas características, pois lá se situa o Centro Médico Comunitário Bairro Novo, que é uma parceria entre a Secretaria Municipal da Saúde e o Hospital Evangélico. Além disso, este hospital universitário também aparece como o local onde ocorreu o maior número de óbitos perinatais, provavelmente por ser um importante centro de referência e, por este motivo, receber um grande número de encaminhamentos de gestantes e recém-nascidos de alto risco.

As tabelas 14 e 15, a seguir, mostram o grau de instrução dos pais do bebê que foi a óbito e, a tabela 16, a idade das mães:

TABELA 14 - GRAU DE INSTRUÇÃO DAS MÃES DOS CASOS DE ÓBITO PERINATAL EM CURITIBA - 1998

GRAU DE INSTRUÇÃO	ÓBITO FETAL	ATÉ 7 DIAS	TOTAL
Ignorado	144	26	170
Nenhuma instrução	04	01	05
1.º Grau	101	137	238
2.º Grau	43	56	99
Superior	11	13	24
TOTAL	303	233	536

FONTE: Secretaria Municipal da Saúde/Centro de Epidemiologia

TABELA 15 - GRAU DE INSTRUÇÃO DOS PAIS DOS CASOS DE ÓBITO PERINATAL EM CURITIBA - 1998

GRAU DE INSTRUÇÃO	ÓBITO FETAL	ATÉ 7 DIAS	TOTAL
Ignorado	171	135	306
Nenhuma instrução	06	02	08
1.º Grau	77	54	131
2.º Grau	37	26	63
Superior	12	16	28
TOTAL	303	233	536

FONTE: Secretaria Municipal da Saúde/Centro de Epidemiologia

TABELA 16 - IDADE DAS MÃES DOS CASOS DE ÓBITO PERINATAL EM CURITIBA - 1998

IDADE	ÓBITO FETAL	ATÉ 7 DIAS	TOTAL
Ignorada	124	17	141
13 a 16	11	25	36
17 a 19	17	39	56
20 a 30	97	108	205
31 a 40	51	42	93
Acima de 40	03	02	05
TOTAL	303	233	536

FONTE: Secretaria Municipal da Saúde/Centro de Epidemiologia

Observa-se que a maioria dos casos de óbito perinatal ocorre com mulheres que têm somente o primeiro grau de instrução. Isto vai ao encontro do fato de que, como veremos adiante, os fatores de risco social são os mais freqüentes entre as crianças nascidas em Curitiba. Quanto ao grau de instrução do pai os dados revelam problemas de preenchimento das declarações de óbito, já que na maioria deles não foi possível colher esse dado.

A gravidez na adolescência está representada, entre os óbitos perinatais, por 92 casos, entre os 395, casos em que a idade da mãe pode ser conhecida através do registro no declaração de óbito, o que significa que quase um quarto (23%) das mulheres que passaram por este sofrimento eram adolescentes.

Em discussão com a responsável pelo Centro de Epidemiologia da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba decidimos que tomar a realidade do Sítio Cercado para um estudo qualitativo seria muito útil para a compreensão das mortes naquela região, já que, além de se tratar de região onde o risco ao nascer é alto, como veremos no capítulo sobre o bairro, trata-se de região de ocupação recente, em que os serviços de saúde também são de instalação recente.

Decidimos, então, pelo Sítio Cercado. A etapa seguinte foi procurar, nos arquivos do Centro de Epidemiologia, todas as Declarações de Óbitos ocorridos no período perinatal, referentes ao ano de 1998, de residentes no Sítio Cercado. Encontramos 43 mortes ocorridas dentro dos critérios escolhidos, sendo 18 óbitos neonatais precoces e 25 fetais.

Apresentamos, nas tabelas 17, 18 e 19, as informações contidas nas 43 Declarações:

TABELA 17 - IDADE, GRAU DE INSTRUÇÃO E OCUPAÇÃO HABITUAL DAS MÃES EM CASOS DE ÓBITOS PERINATAIS DO SÍTIO CERCADO - CURITIBA - 1998

NÚMERO	IDADE	GRAU DE INSTRUÇÃO	OCUPAÇÃO HABITUAL
01A	14 anos	1.º Grau	*
02A	33 anos	1.º Grau	do lar
03A	23 anos	1.º Grau	*
04A	19 anos	1.º Grau	do lar
05A	22 anos	1.º Grau	do lar
06A	26 anos	1.º Grau	*
07A	28 anos	superior	Digitadora
08A	24 anos	1.º Grau	Servente
09A	24 anos	1.º Grau	do lar
10A	16 anos	1.º Grau	Estudante
11A	19 anos	1.º Grau	do lar
12A	20 anos	2.º Grau	do lar
13A	34 anos	2.º Grau	Comerciante
14A	20 anos	1.º Grau	do lar
15A	17 anos	1.º Grau	do lar
16A	28 anos	2.º Grau	*
17A	17 anos	1.º Grau	*
18A	34 anos	1.º Grau	Repositora
01B	*	*	*
02B	18 anos	2.º Grau	do lar
03B	*	*	Auxiliar de escritório
04B	38 anos	1.º Grau	Auxiliar de serviços gerais
05B	*	1.º Grau	do lar
06B	29 anos	*	Comerciária
07B	*	*	*
08B	28 anos	*	*
09B	30 anos	1.º Grau	Costureira
10B	31 anos	1.º Grau	do lar
11B	*	*	*
12B	35 anos	1.º Grau	do lar
13B	*	2.º Grau	do lar
14B	24 anos	1.º Grau	do lar
15B	21 anos	1.º Grau	*
16B	15 anos	2.º Grau	do lar
17B	17 anos	superior	do lar
18B	20 anos	1.º Grau	do lar
19B	*	*	*
20B	31 anos	1.º Grau	do lar
21B	*	*	*
22B	26 anos	1.º Grau	do lar
23B	*	*	*
24B	23 anos	1.º Grau	do lar
25B	40 anos	1.º Grau	do lar

FONTE: Declarações de Óbito (Arquivo do Centro de Epidemiologia da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba)

NOTAS: (\*) O campo estava em branco ou o dado registrado como Ignorado.

As letras A e B indicam, respectivamente, óbitos neonatais precoces e fetais.

Observa-se que, de um total de 33 mulheres que tiveram sua idade anotada, nove mulheres, ou 27,3% delas, têm menos de 20 anos. Este dado reforça a idéia de que a gravidez na adolescência é uma questão importante na Saúde Pública. Em

relação ao grau de instrução, predominam as mulheres com o primeiro grau apenas. A maioria delas não exerce outra função além das atividades domésticas. O grande número de dados em branco, ou anotados como informação ignorada, revela um problema bastante conhecido, o preenchimento inadequado da Declaração de Óbito.

TABELA 18 - GRAU DE INSTRUÇÃO E OCUPAÇÃO HABITUAL DOS PAIS EM CASOS DE ÓBITOS PERINATAIS DO SÍTIO CERCADO - CURITIBA - 1998

NÚMERO	GRAU DE INSTRUÇÃO	OCUPAÇÃO HABITUAL
01A	*	*
02A	1.º Grau	Pedreiro
03A	*	*
04A	1.º Grau	Metalúrgico
05A	*	Eletricista
06A	*	*
07A	2.º Grau	Operador de tratamento térmico
08A	1.º Grau	Motorista
09A	*	*
10A	2.º Grau	Subencarregado
11A	*	*
12A	nenhum	Pedreiro
13A	2.º Grau	Motorista
14A	1.º Grau	Auxiliar de serviços gerais
15A	*	*
16A	*	*
17A	*	*
18A	1.º Grau	Repositor
01B	*	*
02B	1.º Grau	Motorista
03B	em branco	em branco
04B	2.º Grau	Controle de qualidade
05B	2.º Grau	Torneiro mecânico
06B	*	Comerciário
07B	*	*
08B	*	Estudante
09B	1.º Grau	Montador
10B	1.º Grau	Ajudante de batestaca
11B	*	*
12B	1.º Grau	Operador de máquinas
13B	2.º Grau	Operador de recape
14B	1.º Grau	Auxiliar de manutenção
15B	1.º Grau	*
16B	2.º Grau	Pedreiro
17B	2.º Grau	Panificador
18B	1.º Grau	Açougueiro
19B	*	*
20B	1.º Grau	Ajudante de batestaca
21B	*	*
22B	1.º Grau	*
23B	*	*
24B	*	*
25B	1.º Grau	Serralheiro

FONTE: Declarações de Óbito (Arquivo do Centro de Epidemiologia da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba)

NOTAS: (\*) O campo estava em branco ou o dado registrado como Ignorado.

As letras A e B indicam, respectivamente, óbitos neonatais precoces e fetais.

Relativamente ao nível de escolaridade dos pais, o 1.º Grau aparece também como predominante (tabela 18). As ocupações mostram que esses homens são predominantemente trabalhadores empregados no comércio, indústria e no setor de serviços, além de autônomos.

TABELA 19 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DOS ÓBITOS PERINATAIS DO SÍTIO CERCADO - CURITIBA - 1998

NÚMERO	NASCIDOS VIVOS	NASCIDOS MORTOS	SEMANAS DE GESTAÇÃO	TIPO DE PARTO	PESO (gramas)
01A	01	00	28 a 36	espontâneo	2 540
02A	05	00	28 a 36	espontâneo	1 730
03A	01	00	37 a 41	operatório	3 300
04A	02	00	28 a 36	espontâneo	1 300
05A	01	00	37 a 41	espontâneo	2 620
06A	00	00	22 a 27	espontâneo	800
07A	01	00	28 a 36	operatório	1 300
08A	02	01	28 a 36	espontâneo	2 000
09A	02	00	28 a 36	operatório	2 340
10A	02	00	28 a 36	operatório	1 500
11A	01	00	37 a 41	operatório	2 380
12A	02	00	28 a 36	espontâneo	2 850
13A	01	00	28 a 36	espontâneo	1 030
14A	00	01	28 a 36	espontâneo	2 080
15A	02	00	37 a 41	espontâneo	2 150
16A	02	00	37 a 41	operatório	3 200
17A	01	00	28 a 36	espontâneo	1 390
18A	01	00	37 a 41	operatório	3 580
01B	01	*	00 a 21	espontâneo	500
02B	00	00	28 a 36	operatório	1 450
03B	*	*	37 a 41	espontâneo	*
04B	02	*	28 a 36	espontâneo	1 800
05B	01	*	*	espontâneo	3 570
06B	01	01	22 a 27	espontâneo	700
07B	*	02	28 a 36	espontâneo	520
08B	*	*	28 a 36	espontâneo	1 610
09B	04	00	*	*	1 500
10B	02	00	22 a 27	espontâneo	530
11B	*	*	*	*	970
12B	*	*	*	espontâneo	730
13B	*	*	*	*	1 500
14B	00	01	28 a 36	operatório	2 550
15B	*	*	22 a 27	espontâneo	700
16B	00	00	28 a 36	espontâneo	2 270
17B	00	00	37 a 41	operatório	3 150
18B	*	*	*	*	*
19B	*	*	*	*	*
20B	02	00	22 a 27	espontâneo	580
21B	00	00	28 a 36	operatório	1 450
22B	00	00	28 a 36	espontâneo	1 850
23B	*	*	*	*	3 400
24B	01	00	28 a 36	operatório	1 850
25B	02	*	*	espontâneo	950

FONTE: Declarações de Óbito (Arquivo do Centro de Epidemiologia da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba)

NOTAS: (\*) O campo estava em branco ou o dado registrado como Ignorado.

As letras A e B indicam, respectivamente, óbitos neonatais precoces e fetais.

Embora não utilizemos aqui os dados clínicos, eles são apresentados na tabela 19. Chama a atenção o fato de que, nos casos de óbitos fetais, o preenchimento da Declaração de Óbito se mostra insuficiente, revelando o tratamento diferenciado que os profissionais conferem à morte de um feto e de um recém-nascido.

Tendo caracterizado o bairro do Sítio Cercado e justificado, pelas suas características e dados epidemiológicos, a nossa escolha, passamos, nos capítulos seguintes, a apresentar os resultados das entrevistas.



## 5 DO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO À PEREGRINAÇÃO

### 5.1 O CASO MARLENE<sup>13</sup>

A Declaração de Óbito do bebê revela que Marlene é do lar, tinha 26 anos em 1998, com grau de instrução de 1.º Grau, casada com Edson, também com o 1.º Grau de instrução. Ela teve um natimorto pesando 1.850 gramas, tendo a causa da morte anotada como "na dependência de exames complementares". A necrópsia revelou "prematureo macerado, 35 semanas de gestação, infarto placentar múltiplo".

Uma casa, quase um barraco. Na frente, carrinhos de catar papel. Um homem atende o portão. Explicado o motivo da visita, ele se mostra hostil e desconfiado, e logo fala da intenção de abrir processo contra a médica que atendeu sua esposa. Esta logo aparece, descendo a rua, tendo vindo do posto de saúde (é assim que a população se refere à Unidade Básica de Saúde). Quando ela chega, Edson nos convida a entrar. No chão da cozinha, duas caixas de abacaxi que trocaram por 'lixo que não é lixo'. Ele elogia o programa da prefeitura que faz a troca de lixo por alimentos. Aceita a entrevista mas não autoriza a gravação.

Marlene inicia seu relato dizendo que estava no oitavo mês de gestação quando o marido a levou para o hospital A, onde lhe deram remédio para segurar o bebê. Três dias depois voltaram ao mesmo hospital, quando a médica que a atendeu lhe informou que havia perdido o bebê, que ele estava morto, mas que ali, naquele hospital, não havia o exame para comprovar. Edson pediu uma ambulância para levá-la a outro hospital e foi informado de que não havia ambulância. Foram então ao bairro do Pinheirinho, *"onde se paga a ecografia, mas não tinha mais porque era sexta-feira"*, relatam. Foram, então, ao hospital B e não conseguiram fazer o exame. Voltaram e a mulher foi internada no hospital A. *"No sábado me mandaram para o hospital C, para fazer a ecografia. Ganhei às seis horas do*

---

<sup>13</sup> Para resguardar a privacidade dos entrevistados e de seus familiares, bem como dos profissionais de saúde citados, optamos por substituir seus nomes por outros, fictícios.

*domingo, de parto normal.*" O marido interrompe: "*Ficou quatro dias com a criança morta na barriga. É brincadeira, não é, doutor?*"

Marlene elogia o pré-natal feito no "postinho" próximo à sua casa, se diz contente com o médico, o qual nomina, e com as enfermeiras<sup>14</sup>. Diz que as explicações que lhe davam no postinho eram satisfatórias e que fez cinco consultas de pré-natal. Além disso, o médico, durante o pré-natal, pediu duas ecografias, que foram feitas no centro pelo SUS.

Após esses elogios faz-se um certo silêncio. Então, Edson comenta: "*A criança estava se mexendo bem, foi tomar este remédio [mostrando a receita] ele parou de se mexer*". [silêncio] "*Só no sábado tinha ambulância para levar.*"

Marlene retoma, falando sobre o parto: "*Foi doloroso, pensei que ia morrer, ficar da uma e meia da tarde do sábado para ganhar às seis da manhã do domingo. Pensava tanta coisa, que nem sei o quê. Sofri muito. Sou católica, me apeguei a Deus*". Novamente, Edson interrompe: "*Me senti muito ruim, a gente se sente muito ruim...*".

Marlene começa a chorar e Edson também. Interrompo a entrevista. Eles dizem que preferem continuar. Continuam a falar alternando as falas entre si.

- *É uma falta de atenção com o povo, falta de dinheiro.*
- *Não são todos assim; alguns tratam a gente como pessoa, outros como animal.*
- *Essa médica era esquisita.*
- *Mandava deitar e não vinha, ficava tomando café. Diziam: "Vai atender a moça", e ela: "Já vou, ela que espere".*

Perguntados sobre o "itinerário terapêutico" normalmente seguido quando precisam de assistência à saúde, Edson responde:

*Primeiro vamos ao posto aqui perto, que está ruim porque não tem médico agora à tarde e o '24 horas' está em reforma. Quando não tem médico aqui, encaminham a gente para o posto do Boqueirão. O posto não tem os remédios e a gente tem que comprar. [Finaliza, pensando alto:] No Pinheirinho eu tinha 120 reais para pagar a ecografia, mas o problema era o horário, só tinham para segunda-feira.*

---

<sup>14</sup> Para a população em estudo, excluindo-se a área odontológica só existem duas categorias de cuidadores nos serviços de saúde: os médicos e as enfermeiras. Todos se referem aos técnicos e auxiliares de enfermagem como "enfermeiros".

Atualmente ela tem 29 anos e ele 58, apresentam-se orgulhosamente como coletores de papel, corrigindo-me quando pergunto se são catadores de papel.

A casa tem três peças, mais um banheiro. Sobre o terreno, Edson fala espontaneamente: "*É um direito que comprei de outro, há seis anos. Vou escriturar*". Nesse momento chega da escola Sandro, 11 anos, filho do primeiro casamento de Edson.

A idéia inicial, para este capítulo, era trabalhar com o "itinerário terapêutico", ou seja, solicitar à mulher que relatasse o caminho percorrido nos diversos níveis de atenção à saúde e, assim, identificar as representações sociais resultantes da relação dessa mulher e de sua família com os serviços de saúde. Nestes relatos poderíamos, também, reconhecer os sentimentos e elaborações que a mulher fez das explicações dadas pelos profissionais da saúde para a morte de seu bebê.

A idéia de itinerário terapêutico nos pareceu interessante, pois o Sistema Único de Saúde tem em seus princípios a regionalização, o acesso universal, a hierarquização, a qualidade dos serviços e a participação popular. Seria de se esperar que o usuário entrasse no sistema pelas unidades básicas de saúde, e que estas fossem capazes de oferecer um atendimento de qualidade, bem como oferta de medicamentos básicos e exames complementares de rotina. No caso das gestantes, é previsível que elas necessitem de atendimento em nível secundário, com a realização de ecografia e a garantia de internamento para o parto, incluindo-se também cuidados adequados ao recém-nascido. Isto aparentemente estaria resolvido, no Sítio Cercado, já que foi construído um hospital no bairro para atender à demanda local. Somente em situações especiais as pacientes deveriam sair de seu bairro para buscar cuidados de saúde de nível terciário, ou seja, em caso de gestação de alto risco ou de recém-nascido de alto risco. A unidade básica de saúde representa a porta de entrada do sistema, e não se pode imaginar um sistema que não garanta a continuidade do atendimento no momento do parto.

Muitos relatos não contemplaram a idéia do itinerário terapêutico, hierarquizado racionalmente, numa sucessão de níveis de atendimento garantindo a qualidade necessária para cada nível de complexidade do sistema de saúde.

Ainda nos relatos aparece o esforço, por parte dos usuários, no sentido de utilizar uma parcela dos recursos econômicos familiares para custear uma melhor assistência, identificada no imaginário popular com a assistência privada. Porém, muitas vezes nem mesmo a assistência privada custeada com recursos próprios foi capaz de oferecer essa garantia, como se pode depreender do relato de Silvana, 25 anos, que havia "acertado" com o médico para que este fizesse as consultas de pré-natal em caráter particular, num hospital privado, e para que esse mesmo médico fosse atendê-la no momento do parto. Como houve um óbito fetal, foi informada, pelo médico, que deveria procurar o SUS:

*Mandou-me para um posto, porque eu pagava as consultas, mas na hora que a nenê estava morta ele não cumpriu o que tinha combinado. Fui ao '24 horas', a moça não queria atender porque eu fiz ecografia particular. Me encaminharam para um hospital no centro. Foi feito parto induzido. Fui bem atendida.*

## 5.2 OS SETORES PÚBLICO E PRIVADO

Antes de analisar este depoimento de Silvana vamos revisar, na organização do SUS, a relação entre os setores público e privado. Enquanto um sistema único de saúde, cabe ao setor público a responsabilidade de oferecer à população os meios para se atingir o direito que todos têm à saúde. O setor público oferece um conjunto de ações com sua rede instalada, mas necessita comprar serviços do setor privado. Assim, existe uma parcela dos serviços públicos de saúde prestados pelo setor privado e financiados com recursos públicos. Mas, como a população muitas vezes não reconhece esses serviços como suficientes, ela lança mão de recursos próprios para comprar diretamente serviços particulares de profissionais ou por meio de convênios, planos ou seguros de saúde. O que ocorre, entretanto, é uma representação social que confere maior qualidade aos serviços

particulares ou conveniados. Isto porém não necessariamente corresponde a uma efetiva qualidade desses serviços. O que determina essa valorização do serviço particular ou conveniado está ligado à imagem, enquanto representação que circula entre a população, dessas formas privadas de serviços.

Observamos que Silvana esperava, no serviço privado que freqüentava, em que custeava o tratamento com seus próprios recursos, uma garantia de atendimento com qualidade. O profissional que a atendia, contudo, por razões que desconhecemos, preferiu encaminhá-la para um serviço público, onde acabou, após uma discussão na unidade 24 horas, sendo encaminhada para um hospital credenciado ao SUS, em que afirma ter sido bem atendida.

Nas entrevistas percebemos a necessidade da garantia oferecida pelos serviços, que, não ocorrendo, produz na mulher e em seus familiares um sentimento de abandono, principalmente após o óbito do bebê. Retomaremos mais adiante este tema.

### 5.3 A PEREGRINAÇÃO NO LUGAR DO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO

A idéia que nos parece mais adequada, em vez de itinerário terapêutico, é a de peregrinação. Entramos em contato com esse termo ao ler o livro de Ana Cristina d'Andretta TANAKA – *Maternidade: dilema entre nascimento e morte*, que, analisando a mortalidade materna, trata da peregrinação da gestante em busca de assistência hospitalar ao parto. Em nosso caso, não se trata da morte materna, mas da morte do bebê e, portanto, resta a principal personagem para contar a história da sua peregrinação, e ela o faz através das representações que contrói dessa peregrinação.

Peregrinação traz, em seu bojo, uma idéia de sofrimento, expiação. O peregrino é um errante, sem garantias. No sentido religioso o peregrino cumpre um roteiro penoso, o que contribui para expiar suas culpas. Muitas vezes, para alcançar essa expiação, deve abrir mão de todos os confortos disponíveis na caminhada. O peregrino mostra como prova de seu sofrimento as suas feridas, ainda recentes.

Diferentemente, o itinerário terapêutico se daria no sistema de saúde idealizado pelos mentores e militantes da Reforma Sanitária Brasileira. Itinerário terapêutico é um conjunto de demandas e procedimentos marcados por uma regularidade, uma continuidade e uma lógica, na qual a gestante transita entre níveis de atendimento, dos mais simples aos mais complexos, na medida de suas necessidades. A complexidade se expressa na incorporação de tecnologia e de condutas que exigem saberes e intervenções mais especializados. A peregrinação, por sua vez, é caótica, num 'vai e vem' sem garantia de chegar a algum lugar. Assim, o que caracteriza a peregrinação é a errância e a falta de garantias em relação ao destino a ser atingido, ao ponto de chegada, de ancoragem.

O itinerário terapêutico contempla um direito com base constitucional, conforme ressalta TANAKA (1995, p. 38-39):

O Movimento da Reforma Sanitária, impulsionado e implementado na década de 80, propiciou a elaboração da nova Carta Constitucional de 1988, considerando a saúde como direito do cidadão, conforme o artigo 196 da seção II da Saúde: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação." O artigo 198 garante: "As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único...".

#### 5.4 O SUS REAL E O SUS PRESCRITO

O SUS, tal qual o conhecemos hoje, é fruto da luta desenvolvida pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que representou uma resistência política à ditadura militar e inspirou-se nos princípios da Reforma Sanitária Italiana, a qual teve como principal inspirador Enrico Berlinguer. Tanto no Brasil quanto na Itália as mudanças no texto constitucional só aconteceram como resultado de uma luta política que aglutinou setores intelectuais e populares interessados na construção de um modelo de serviços que atendesse às necessidades de saúde da população. Este movimento delineou os princípios do SUS. Vamos chamar aqui este sistema de saúde idealizado e materializado no aparato legal brasileiro de "SUS prescrito".

Em 1986 se realiza no Brasil a VIII Conferência Nacional de Saúde, que após ampla mobilização nacional contou com cerca de 5.000 participantes, representando todos os segmentos sociais com interesses na área de saúde. Anteriormente, cerca de 50.000 pessoas haviam se mobilizado em todo o país nas conferências de nível estadual e municipal. O Relatório Final desta conferência contemplou os princípios do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira e influenciou a Constituição Federal de 1988, estabelecendo os princípios do Sistema Único de Saúde.

Como bem descreve BUSS (1995, p. 82), a Constituição Federal de 1988, na sua seção 'saúde', contempla três elementos essenciais:

- a) conceito de saúde, ao remeter seu equacionamento às políticas econômicas e sociais, ao lado das ações específicas de promoção e recuperação da saúde;
- b) a explicitação do direito universal e igualitário dos cidadãos à saúde e do dever do Estado em assegurar tal direito;
- c) a explicitação de um modelo de organização para o sistema de saúde, seus componentes, funções e relações, criando o Sistema Único de Saúde, integrado pelos serviços públicos, complementados pelos serviços privados, em rede regionalizada e hierarquizada, e segundo as diretrizes de comando único em cada nível de governo, descentralização e participação social.

A contemplação dos princípios do SUS na constituição e, posteriormente, a sua criação por lei, configura o que podemos chamar de "SUS prescrito". Muito se avançou utilizando a estratégia de descentralização das políticas públicas de saúde, o que aproxima a população do palco de decisões destas políticas. Mas, como o SUS está longe de ser uma organização capaz de responder às necessidades sanitárias da população, e longe do SUS prescrito, vamos chamá-lo de "SUS real", para diferenciar o que foi possível construir enquanto sistema de saúde a partir daquilo que foi proposto.

Apesar da consolidação dos princípios prescritos, COHN (1996, p.40-42) faz a seguinte caracterização do atual perfil da organização de serviços de saúde no Brasil:

- a) altamente centralizado;
- b) acentuadamente privatizado;
- c) crescentemente distante das reais necessidades de saúde da população brasileira;

- d) com clara divisão de trabalho entre os setores público e privado;
- e) profundamente discriminatório e injusto;
- f) com acentuadas distorções na sua forma de financiamento.

O Brasil é um país que se caracteriza por marcantes desigualdades sociais, com uma péssima distribuição de renda. Esta distribuição desigual se reflete também em relação aos eventos de mortalidade e morbidade. Também os serviços de saúde estão mal distribuídos, não garantindo o princípio da equidade e não oferecendo resposta adequada às necessidades sanitárias da população, nem mesmo como parte de políticas sociais compensatórias da desigualdade na distribuição de riquezas.

Este quadro se agrava ainda mais se analisarmos o marcante corporativismo que afeta a área da saúde e as concepções puramente biológicas do processo saúde-doença dominantes entre os profissionais que atuam nesta área, e do modelo ainda muito hospitalocêntrico de assistência à saúde. Em certa medida estas características são reproduzidas também pelo imaginário social em relação ao médico e suas funções. O imaginário, neste caso, atua no sentido de criar representações sociais para a maioria da população sem que se possa aplicar aqui as diferenças de classe como explicação, que reforçam as formas tradicionais da autoridade do médico e do seu saber e do hospital enquanto lugar de cuidado e cura.

No "SUS real" não se dá a garantia de atendimento de qualidade em todos os níveis de complexidade. Quando muito encontram-se usuários satisfeitos com o esforço, a atenção e, para usar expressão do próprio serviço, com o acolhimento da equipe de saúde da unidade básica. Mas, ao necessitar de exames complementares, medicação ou internação, o "SUS real" mostra toda a sua fragilidade e a distância que ainda o separa do "SUS prescrito" pela carta constitucional.

Embora nesta pesquisa não tenhamos trabalhado diretamente com os profissionais de saúde, é possível levantar a hipótese de que se sintam frustrados ao verem seu esforço esbarrar nos limites do "SUS real".



Aqui devemos chamar a atenção para a medicalização da gravidez e do parto e para a expansão das profissões (em nosso caso, a medicina) no início do século XX como processo que envolve o desenvolvimento das relações de poder entre os profissionais da saúde e a população trabalhadora urbana.

Um pré-natal de qualidade é apenas o primeiro passo para que o SUS garanta os direitos da gestante e do feto. A assistência ao parto tornou-se, a partir do século XX, uma assistência dependente de um saber médico em ambiente hospitalar, mas o sistema de saúde não consegue, apesar da obrigação constitucional, garantir isto. A coexistência dos setores privado e público no Sistema Único de Saúde, a definição de quantos leitos são de financiamento público e quantos de financiamento privado fazem com que muitas vezes as gestantes do SUS não encontrem leitos disponíveis, sem falar dos exames e do transporte, muitas vezes necessário para encaminhar a paciente para outro nível de atenção à saúde. No hospital, em geral de natureza privada, que opera com a lógica do mercado, a forma de financiamento privado compete com os leitos disponíveis para o setor público. Talvez aqui esteja uma explicação para o afunilamento do itinerário terapêutico, pois se a unidade básica de saúde trabalha com a lógica do serviço público, o funcionamento hospitalar tem seus critérios de internação que dependem da lógica de mercado. A garantia constitucional se esgota na porta de saída da unidade básica, quando não no balcão da farmácia dessa unidade, e aí se inicia a peregrinação.

## 5.5 O TEMPO SUBJETIVO E O TEMPO CLÍNICO

Muitas vezes a peregrinação se faz entre o serviço hospitalar de referência e a própria casa da gestante, pois ela percebe de forma diferente da equipe de saúde o momento do parto. A equipe de saúde utiliza critérios clínicos, e nestes casos o hospital, em vez de acolher a gestante, a devolve para a família com a informação de que "ainda não está na hora". Não se trata de discutir esses critérios clínicos ou a real possibilidade de acolhimento pelo hospital "antes da hora", mas

sim de relatar as dificuldades pelas quais essas mulheres passaram para compreender qual o momento adequado para a hospitalização. Daí resultam representações que procuram dar conta ou explicar a morte do bebê, que muitas vezes é atribuída a essa demora.

Heliane, 26 anos, antes de falar sobre o bebê que perdeu em 1998, referindo-se a um outro bebê que perdeu em 1992 ilustra o que afirmamos acima:

*O meu esposo me levou no domingo à noite. A médica que estava lá era a doutora Gilda. Ela fez exame e falou que não estava na hora. Perguntou onde eu morava e eu voltei embora. Primeiro filho a gente não tem experiência. Quando eu voltei na segunda feira à noite a criança estava sem movimento.*

Giuliana, 24 anos, solteira, descreve uma situação semelhante:

*Estava com muita dor e estava sangrando, fui ao hospital A. Primeiro quem atendeu foi uma menina que tinha lá na frente e que minha mãe conhecia.(...) Ela e o médico fizeram o toque, disseram que não tinha nada. Voltei, fiquei 10 minutos em casa. Quando não agüentava mais pedi para me levarem de volta ao hospital. Meu padrasto e minha mãe me levaram de carro. Fiquei lá sentada, esperando. Minha mãe teve que brigar para me atenderem. Me deixaram numa cadeira de rodas. O médico sumiu. Fizeram raspagem (tricotomia) e me colocaram de novo na cadeira de rodas. Fez uma poça de sangue embaixo da cadeira. Na sala de parto mandaram eu deitar e o médico demorava, só tinha enfermeiras. Ele falou que não estava na hora.*

A expressão "não estava na hora", usada por Giuliana, repete-se em outras entrevistas. Ela denota um conflito freqüente na relação entre as gestantes e os serviços de saúde que as atendem. Este conflito expressa as diferentes noções de tempo entre profissionais de saúde e pacientes. RASIA (1996) trabalha essa diferença entre o tempo subjetivo (do paciente) e o tempo clínico (dos médicos). Os médicos trabalham com uma noção de tempo ligada ao calendário, ao relógio e ao curso esperado nos eventos clínicos. No caso da gestante, os médicos esperam que o parto ocorra quando a gestação tenha chegado a termo e o feto esteja em condições de suportar a transição para a vida extra-uterina com o mínimo de risco possível. Levam em conta também o risco a que a mulher está exposta em relação à gravidez e ao parto. Para isso os médicos têm um conhecimento racional do tempo

de duração média da gravidez de termo e características clínicas que revelam indiretamente a maturidade do feto e o risco materno. Na visão do médico, fazer um parto "antes da hora" é expor o recém-nascido à prematuridade e às complicações dela decorrentes, enquanto "esperar demais" traz riscos para a mãe e para o bebê, expondo-o principalmente ao sofrimento fetal. Em obstetrícia a questão do tempo é tão presente que a primeira lição que se ensina ao aprendiz é que o bom obstetra deve "saber esperar".

Utilizando a noção de estratégias defensivas de DEJOURS (1992), que afirma que todo trabalho comporta um grau de sofrimento, ligado aos riscos presentes em sua execução, e que o profissional desenvolve como defesa um conjunto de ideologias, podemos dizer que o apoio que o médico busca nos critérios clínicos para estabelecer a cronologia de um fenômeno que ele reconhece como inscrito no biológico é uma forma de reduzir sua incerteza e sofrimento. O tempo clínico torna-se, porém, muito arbitrário, e, se cumpre a função de diminuir o sofrimento do médico, acaba por impingir sofrimento adicional à gestante e sua família. Pois, ao contrário da racionalidade objetiva do tempo clínico, a gestante imprime à noção de tempo toda a sua subjetividade. Desconhedora dos critérios clínicos, ela tem seus medos, noções próprias de risco, suas percepções do funcionamento do próprio corpo e suas concepções religiosas. Esse tempo subjetivo é impregnado do imaginário. A ansiedade de ver se o seu bebê é saudável, o medo de perdê-lo antes, durante ou logo após o parto estão no imaginário popular e compõem as representações sociais ligadas ao parto. Quando o serviço que atende a gestante não leva em conta essas representações, ele amplia a decalagem entre o tempo clínico e o tempo subjetivo, aumentando o sofrimento da mulher e da equipe de saúde.

Voltando ao relato de Giuliana, é clara a diferença entre o tempo do paciente e o do hospital. A expressão "não está na hora" é repetida pela equipe de saúde, enquanto a mãe inexperiente relata um sofrimento e sinais que para ela são de complicação. Giuliana, quando retorna à sua casa, sente-se desassistida. Ela

também percebe a ausência do médico, usando a expressão "sumiu", quando provavelmente ele ocupava-se com casos que julgava prioritários. Mostra não reconhecer também a assistência dada pelo pessoal de enfermagem ao dizer que lá "só tinha enfermeira". Esta peregrinação entre a casa e o hospital faz com que a mulher não mais reconheça a garantia que a instituição tenta lhe oferecer. Como o resultado, nos casos estudados, foi a morte do bebê, muitas mulheres atribuem a morte ao tempo de espera. Assim, podemos levantar a hipótese de que a representação do tempo se inclui duplamente em sua peregrinação. Primeiro, enquanto tempo subjetivo da mulher que espera o filho, cuja gestação é uma travessia que se faz nessa temporalidade. E, segundo, que a temporalidade própria da gestante é atravessada por outra representação do tempo, ou seja, pelo tempo clínico. É neste conflito que se poderia situar a explicação para o desfecho trágico da peregrinação e da errância.

Ellen, atualmente com 15 anos, e que perdeu, no hospital do bairro, um recém-nascido de 2.540g aos 14 anos, no sétimo dia de vida, contou com a experiência da sogra para suportar o 'vai e vem' ao hospital, antes do nascimento do bebê:

*No hospital A o bebê ia nascer antes do tempo. A Ellen ficou três dias internada para não nascer. Depois veio para casa tomando injeção várias vezes por dia e teve que voltar para o hospital porque estava com dores. Eram as contrações que estavam voltando.*

...

*Chegou no hospital morrendo de dor. A enfermeira disse que eram das injeções. A Ellen se queixava de dores no local das injeções, mas não era, já eram as contrações. O médico nem quis atender e a enfermeira fez umas compressas e mandou voltar para casa.*

*Em casa ela sentia vontade de ir ao banheiro, mas não fazia nada, então eu comprei um purgante para ela e dei com água morna. Foi de novo ao banheiro e chamou o meu piá (o pai da criança). Ela estava sangrando e voltou para o hospital. Tive que pedir para os rapazes do mercado levarem. Eles sempre ajudam.*

*Lá no hospital demorou quarenta minutos para atender. Quando atenderam, a criança já nasceu logo depois. Morreu com 7 dias.*

Fatos que o "mundo médico" desconhece ou não leva em conta agravam o risco de morte do bebê nesses retornos para casa. Uma delas é a percepção de risco

por parte da família e a percepção de risco por parte da equipe de saúde. No caso de Ellen, a própria equipe instaurou a idéia de que as dores eram provenientes das injeções e, a partir daí, a família também desconsiderou as dores como trabalho de parto. Sentindo-se desassistida, a sogra inclusive levantou o diagnóstico de dor abdominal por obstipação intestinal e medicou com um "purgante". A cultura da família e os recursos que ela sabe usar são utilizados para suprir o sentimento de abandono.

Outra questão importante é a dificuldade de transporte para essas populações. A gestante encontra-se em tal situação, quando próxima ao parto ou vivenciando uma complicação da gestação, que não é capaz de se utilizar do transporte coletivo ou caminhar até um serviço de saúde. Nestes casos, na ausência de um sistema de transporte por ambulância, precisa lançar mão da solidariedade dos vizinhos para chegar ao hospital. É comum, nas entrevistas, o relato de que o vizinho tem um carro e presta solidariedade oferecendo o transporte.

## 5.6 A PEREGRINAÇÃO DENTRO DO SISTEMA DE SAÚDE

Existe também a peregrinação dentro do sistema de saúde, quando a mulher e sua família vão de serviço em serviço buscando um internamento ou um exame complementar.

Alice, que perdeu um feto de 500 gramas, relata que fez o pré-natal no hospital D, no centro da cidade. Quando teve sangramento procurou o hospital A, onde ficou algum tempo internada. Saindo deste hospital dirigiu-se ao hospital C para a realização de uma ecografia. Ao iniciar o trabalho de parto dirige-se para o hospital E. Neste, teve parto de um natimorto. Alice mostra com muita clareza a peregrinação a que se submete. Do pré-natal ao parto são quatro hospitais diferentes. Nesta peregrinação está claramente embutida a noção de garantia que Alice buscava por um lado e, por outro, revelam-se os conflitos de diagnóstico e o descontentamento com os serviços oferecidos. Dessa forma, ela e sua família buscavam incessantemente um lugar em que pudessem ancorar seu sofrimento, para que pudessem dar um basta à peregrinação:

*Fui fazer pré-natal com um médico do centro. Esqueci o nome, não era um bom médico. Fiz o pré-natal ali. Teve um dia que começou a sangrar um pouquinho, meu marido me levou para o hospital A, voltei para casa, voltei ao hospital quando o sangramento aumentou e fiquei internada. Meu nenê estava bem e me mandaram para o hospital C, fazer exame, e voltei para o hospital A. Quando foi no outro dia a médica me examinou e falou que o nenê tava morto, só que o nenê tava mexendo na minha barriga.*

Mais uma vez a representação da gestação, pela mulher, não coincide com a representação clínica. Assustada com a possibilidade de que seu bebê pudesse estar vivo, Alice recusa-se a permanecer no hospital do bairro com medo que lhe tirassem o bebê. Alice ainda informa que foi a um hospital, no centro, em que se constatou que o nenê estava vivo. Somente no dia seguinte é que, iniciando-se as dores, procurou um hospital de bairro próximo e constatou a morte do bebê.

Não se trata, aqui, de confrontar o saber médico com o saber da gestante, mas de ressaltar que a falta de congruência entre esses saberes provocou, no caso citado, a peregrinação, com muito sofrimento para a gestante e provavelmente para as equipes de profissionais que a atenderam.

Um outro caso que ilustra a peregrinação é o de Ermínia, de 40 anos, que perdeu um dos gêmeos, com 950 gramas:

*Eram gêmeos, comecei o pré-natal no postinho aqui perto. Fiz os exames e mandaram ir para o Saúde da Mulher. Marcaram os exames de novo. Passei mal no feriado, fui no '24 horas' e mandaram para o hospital C e nasceu antes do tempo. Ela aqui salvou (referindo-se ao bebê no seu colo) e o outro nenê já tava morto. Não chegaram nem a ver os exames, era para levar lá para o doutor Elias, no hospital F. Lá eu fiz só uma consulta.*

Neste caso Ermínia freqüentou três serviços de pré-natal diferentes; tendo sido identificada a sua gestação como de alto risco, acabou peregrinando até chegar a um serviço especializado e, ao necessitar de atendimento de parto foi a um hospital diferente daquele onde fazia o pré-natal.

Ela mora numa casa de madeira, com 4 peças, mal conservada, em condições higiênicas precárias. Há uma Unidade Básica de Saúde a 5 minutos a pé, uma Unidade 24 horas a 10 minutos de ônibus, e o Hospital do Bairro Novo a 30

minutos a pé. Sem condições econômicas para se locomover a grandes distâncias de sua casa e com serviços tão próximos, enfrentou uma verdadeira peregrinação pelo sistema de saúde, até perder um de seus filhos. Contou com serviço de ambulância, quando foi da Unidade de Saúde 24 horas ao hospital, mas em outras vezes precisou lançar mão da solidariedade de vizinhos, que a levaram de carro.

Como já citamos, um dos princípios do SUS é a hierarquização dos serviços, ou seja, estes devem ser organizados e disponibilizados à população de tal forma que contemplem uma rede encadeada de serviços, com níveis crescentes de complexidade. O caso que brevemente relatamos a seguir constitui um exemplo em que essa rede funcionou e em que a mulher, ao se encontrar em situação de risco, pôde fazer o itinerário terapêutico em busca de serviços mais complexos para assistência à gravidez, ao parto e ao recém-nascido.

Marta fez o pré-natal num "posto" na Vila Hauer que, apesar de não ser o mais próximo de sua casa, é uma unidade de saúde municipalizada e que presta serviços de nível básico à população. Quando teve um sangramento foi atendida no hospital A, um hospital regional construído com a função de atender os pacientes de baixo e médio riscos em nível regional. Lá fez a ecografia de que necessitava e foi transferida de forma adequada, isto é, de ambulância, para um hospital universitário capaz de prestar assistência a gestantes e recém-nascidos de alto risco. O bebê, nascendo prematuro e pesando apenas 1.030g, recebeu assistência na UTI neonatal até seu falecimento, no quinto dia. Embora o desfecho tenha sido o óbito do bebê, mãe e filho receberam um atendimento hierarquizado, com garantia de atendimento nos diversos níveis de complexidade, inclusive com garantia de transporte adequado. Marta é um dos casos no qual não houve peregrinação, evitando-se, assim, o sofrimento que esta impõe à gestante e seus familiares. O sofrimento enfrentado por Marta e sua família advém da presença do risco durante a gestação e da perda do bebê. Marta é o melhor exemplo de itinerário terapêutico que encontramos entre as dezessete entrevistadas.

Voltando agora ao caso que relatamos no início deste capítulo, fica clara a diferença entre o itinerário terapêutico e a peregrinação, ou entre o "SUS prescrito" e o "SUS real". Poderíamos dizer que o "SUS prescrito" é um SUS possível e que, apesar das contradições entre o modelo do SUS e o modelo neoliberal adotado pelos governantes, a vontade política dos gestores do sistema de saúde pode aproximar o SUS real do prescrito. Além disso, as equipes de saúde, conhecendo as representações sociais que a população faz do processo de saúde-doença e dos serviços públicos de saúde, podem atuar de forma mais eficaz.



## 6 GARANTIA, SOFRIMENTO E ABANDONO

Uma vez demonstrada a peregrinação à qual a mulher grávida e sua família têm que se submeter em razão da forma como funciona o sistema de saúde, desejamos discutir neste capítulo os seus desdobramentos e o atendimento que se dá quando, enfim, a gestante interna-se em um hospital. Convém ressaltar que esta discussão está ancorada nos relatos feitos pelas entrevistadas. Uma das conseqüências mais evidentes que surge nas entrevistas é a quebra da garantia que o SUS e seus profissionais tentavam oferecer. Entendemos por garantia a representação, por parte da gestante, de que os profissionais da saúde ou o próprio sistema de saúde estão implicados na solução de seus problemas, têm conhecimento para isso e usarão todos os recursos para assegurar um desfecho adequado à sua gestação. A quebra da garantia impõe um nível de sofrimento à gestante para além do sofrimento próprio da situação que ela enfrenta, causado pela expectativa, pela peregrinação e pelos sintomas próprios da gravidez.

### 6.1 O SENTIMENTO DE ABANDONO

No início, muitas vezes, o sentimento de abandono instala-se como uma forma de sofrimento mudo e a mulher se cala. Mais tarde, vai contando e recontando sua história. Ao repeti-la muitas vezes vai elaborando uma resignação religiosa, que implica a auto-imputação da culpa pela perda que sofreu ou, ao contrário, produz uma avaliação negativa da qualidade dos serviços, havendo em muitos casos, inclusive, uma intenção não concretizada de "processar o médico ou o hospital". O fato de as entrevistas terem sido realizadas após um a dois anos da morte do bebê permitiu trabalhar, já, com esses níveis de elaboração. Esses eixos de elaboração do sofrimento serão melhor compreendidos quando, ao final deste capítulo, discutirmos o sofrimento na visão de RICOEUR (1994, p.58-69).

Salete, que já sabia que sua criança tinha uma mal-formação congênita e que "*pedia a Deus que a levasse se fosse para nascer com problemas*", resignou-se ao saber do óbito do recém-nascido:

*Explicaram por que morreu, ia um monte de enfermeiras. Médico, não lembro se foi. Eles estranhavam como eu estava bem. Não fiquei desesperada porque tinha pedido a Deus. Para este aqui (com outro bebê de 3 meses no colo) eu pedi a mesma coisa. Mas, pensei comigo que outra vez eu não ia agüentar. Me arrependi e pedi pela saúde dele. Acho que é uma prova.*

Nair também buscou na religiosidade uma forma de trabalhar o sofrimento: "*Teve uma época que queria culpar todos eles, mas daí pedi a Deus para me tirar a vontade de arrumar um culpado. O bebê não vem de volta*".

Heliane, que já perdeu 3 bebês e teve um insucesso na tentativa de adoção, ainda acredita que vai ter um filho: "*Eu vou ser sincera com você. Eu acredito em milagres. Tem aquela parte de Ana, que ela não tinha filhos, chorava e Deus concedeu um filho para ela. E Sara, que concebeu um filho em idade avançada. Eu acredito que Ele pode me dar um filho. Então, é o que eu falo com Deus*".

A história de Zélia é a que melhor ilustra o apego à religiosidade para elaborar as explicações para um fato tão difícil de explicar:

*Tive quatro perdas iguais. Começava a perder sangue, o médico nem examinava e dizia que para isso não tinha remédio.*

*Estava de sete meses, Dr. Bento lutou muito, cinco dias internada, perdi um líquido sangrento, fui me lavar e senti o pé do bebê, empurrei para dentro. Nasceu morta. Acreditava que tinha chances ainda. Era menina.*

*Estou grávida novamente agora. É uma promessa de Deus. Sou evangélica. Pedi no culto, em pensamento. Daí, na hora, o pastor lá na frente falou que estava curando o útero de uma irmã ali na igreja.*

*Eu sempre peço. Nunca insisto com Deus. Tenho exemplos de casos que a mulher insistiu e hoje são filhos maus. Fiz exames e entreguei na mão de Deus. Eu acho que é uma coisa que Deus permite nos dar, se Ele quer leva. Não tem o que segure. Deus é o dono da vida.*

A auto-imputação da culpa aparece no relato da sogra da adolescente Ellen: "*Enquanto eu olhava a nenê parando de respirar, pensei de novo: 'criei três e nunca aconteceu'. Eu me culpava: 'Oh, meu Deus não tire deles, é a primeira filha'. Eu entrei numa aflição grande*".

Nair, que teve um pedido de ecografia de emergência agendado para um mês depois, sofre pelo fato de não ter insistido com a pessoa do hospital universitário, que marcou o exame para um tempo tão distante, quando a situação requeria que o exame fosse feito imediatamente:

*No começo eu achava que era culpada por não tomar os remédios e não insistir na ecografia. Quando o médico escreveu 'emergência' no pedido da ecografia e fui no balcão e a moça só marcou para tão longe eu cheguei a voltar até a beira do balcão para insistir, mas desisti.*

*Me sinto culpada ainda. Estou tentando não me culpar por causa dos meninos (tem dois filhos que chegaram da escola durante a entrevista).*

*Insistir ou não, fui até a porta do médico. Pensei: "Vou ter que ter paciência, não vou ter dinheiro para pagar".*

*Depois adiaram, eu parei e pensei: "Porque não era para ser minha". Eu me pergunto: "por quê?"*

Muitas vezes, como no relato acima, existe um discurso circular, reflexivo, e que termina em uma interrogação.

Na maioria dos relatos, porém, atribui-se a culpa aos serviços de saúde (principalmente hospitalares) ou aos profissionais, o que nos permite levantar a hipótese de que, encontrado um culpado, atenua-se o sofrimento da gestante e sua família. Além disso, aponta para uma ação, verbalizada na intenção de processar o hospital ou o profissional que prestou o serviço.

Trabalharemos estas entrevistas ao longo do capítulo, pois há uma sobreposição da avaliação da qualidade dos serviços pela mulher e sua família.

## 6.2 AS REDES DE SOLIDARIEDADE

No capítulo anterior falamos da medicalização do atendimento ao parto, transferindo para o hospital o *locus* onde ocorre o nascimento. A equipe formada pelos profissionais que trabalham no hospital passa a desempenhar o papel que antes era da família e das parteiras tradicionais. Resta saber se esta equipe dá conta de substituir a família no que se refere à solidariedade prestada por ela à mulher que sofre, no início, a ansiedade em relação à saúde de seu bebê e, depois, em nosso caso, a dor pela morte do bebê.

A gravidez é vivenciada pela família como grupo social integrado a uma rede de solidariedade formada na comunidade. Para entender a função dessa rede social, no caso específico dos moradores do Sítio Cercado, há que se compreender que o bairro é de formação recente e que grande parte das famílias que lá habitam vieram da zona rural, onde as famílias têm uma conexão maior dentro do grupo social. Para BOTH (1976, p. 212), as famílias urbanas, apesar de não estarem isoladas, estão mais individualizadas do que as famílias de pequenas comunidades. "As redes das famílias urbanas variam nos seus graus de conexão, ou seja, na extensão em que as pessoas com as quais a família mantém relações levam adiante relações entre si. Estas variações de conexão da rede são particularmente evidentes nos relacionamentos informais com os amigos, vizinhos e parentes".

Ainda, a sogra de Ellen mostra que a solidariedade começa dentro da família, entendendo-se por família todas as pessoas que moram sob o mesmo teto: "*A menina só tinha 14 anos, era de menor, e o piá 21 anos, eu tinha que ver as coisas*".

A própria Ellen relata as conversas com a cunhada (que agora está com 16 anos e, durante a entrevista, andava pela sala, complementava as respostas, dizendo que era seu o menino de quase 3 anos que estava no colo da avó):

*Fiquei nervosa, com medo de perder a criança, e não adiantou nada o nervoso, pois perdi mesmo. Chorava escondida, mas depois ficava alegre. Pensava: "Está dentro da gente, tem que sentir alegria, a gente está carregando". Conversava com a cunhada que engravidou com 13 anos. Ela me punha medo, dizia que doía, que a mulher quase morre de dor.*

Além de sua família, Ellen amplia sua rede social incorporando a equipe de saúde no seu universo cotidiano: "*Fiz pré-natal, o pessoal do posto é maravilhoso, principalmente a Dra. Tania. Fiz sete consultas, eu acho. A enfermeira do posto sempre me atendia*".

Aqui vemos que, ao ampliar para a rede de serviços a rede de solidariedade, a paciente nomina um profissional, o qual, a partir desse momento, passa a corporificar a garantia.

Os vizinhos de Alice e seus parentes aparecem nos relatos como uma garantia de cuidados, quando o marido sai para o trabalho:

*Eu estava com muita dor, só que eu estava ruim e meu marido foi trabalhar. Ao sair, ele falou que qualquer coisa era para chamar o vizinho. Me levaram para o hospital. Quando eu cheguei lá, o nenê tava nascendo, só deu tempo do meu cunhado me pegar no colo e levar para a mesa.*

Heliane, ao relatar o apoio da família, amplia a sua família para a igreja:

*Eu sempre tive total apoio dele [o marido], nunca me abandonou, tanto dele como da minha família tive muito apoio, muita ajuda. Essa é a vantagem de uma família cristã. Graças a Deus. Todos da minha família são evangélicos e na família dele uns cinqüenta por cento. Sempre tive apoio da minha família e da família dele, até dos irmãos da igreja.*

É como se as famílias que fazem parte deste estudo, sendo em geral de migrantes vindos da zona rural, estivessem a meio caminho entre os graus de conexão que conheciam e a individualização mais característica do meio urbano. Buscam reconstruir uma rede social através de instituições como a igreja, o pequeno comércio, a farmácia e a unidade de saúde local. Então, além dos vizinhos, do pastor, do dono do "mercadinho", vão aos poucos, durante o pré-natal, fazendo parte desta rede de solidariedade, o médico, a enfermeira e auxiliares de enfermagem que trabalham no "postinho". A população deposita nos profissionais uma confiança que gera garantia.

### 6.3 A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO SUS PELAS ENTREVISTADAS

Na maioria dos depoimentos não aparece a representação de um sistema de saúde como responsável pelos cuidados de saúde, mas sim a identificação de alguns serviços e profissionais. Nos poucos casos em que surge essa representação mais global do sistema, ele não é tomado como uma organização capaz de oferecer a certeza de um bom atendimento, ou seja, não é tomado como lugar de garantia.

Um dos relatos em que aparece melhor a noção de sistema de saúde e que corresponde a uma exceção em relação ao conjunto das entrevistas é o relato

de Edson e Marlene, os quais percebem claramente que saúde é um direito e que cabe ao Estado, através do SUS, oferecer a garantia do atendimento com qualidade. Este caso foi tratado no início do capítulo sobre a peregrinação, mas o seguinte enunciado de Edson reflete sua avaliação do SUS: "*Se for pago é bem atendido no hospital, pelo SUS o bicho pega. É uma falta de atenção com o povo, falta de dinheiro para a saúde*".

Observa-se que Edson tem uma noção do direito à saúde e do dever do Estado, tanto é assim que ele politiza sua intervenção. Além disso, sabe que o financiamento do setor saúde no Brasil não tem recebido o montante de recursos necessários. Percebe também a injustiça do sistema, que não cumpre um dos seus princípios: a equidade.

Bruno, esposo de Nair, tem a representação do SUS enquanto sistema. À primeira vista sua intervenção parece conter ambigüidades, mas na realidade revela as ambigüidades do próprio sistema de saúde:

*Eu acho que devia ter atenção melhor, por ser de alto risco. Eu sei que tem muita gente para atender, mas a situação de alto risco é diferente, deveria ter atendimento especial.*

*Nosso primeiro filho foi por convênio. Tem certa diferença, porque o convênio está recebendo. O médico tem mais tempo. O SUS é muita gente. O tempo para dialogar com o paciente é pouco. No primeiro, foi mês a mês, a urgência era na hora. Foi em Cajati, perto de Registro. O segundo foi pelo SUS, não tenho que me queixar, mas o hospital de nossa cidade não tinha condição. Quando foi para internar, eu disse: "Aqui não". E transferiram para uma cidade maior. No terceiro pré-natal foi bom, pelo SUS. Eu acho que no Paraná o SUS é melhor.*

Ele inicia seu relato reclamando uma atenção maior, usando a mesma expressão do relato anterior. A palavra *atenção* é muito usada pelos profissionais do setor saúde para designar a assistência à saúde. Fala-se mesmo em sistemas de atenção à saúde. Além disso ele demonstra ter a noção de risco, um conceito muito utilizado em epidemiologia e que determina os grupos sociais que merecem atenção prioritária. Percebe que o SUS tem de oferecer cobertura a toda a população, quando diz que "o SUS é muita gente". Avalia o SUS como sistema, tanto é que

quando o hospital de sua cidade não se mostra adequado, sabe que existe um sistema de referência para outro município maior. Ou seja, tem a idéia de regionalização, hierarquização. Ele também percebe a relação entre a qualidade dos serviços e a forma de financiamento dos mesmos. Espera que a garantia seja dada pelo sistema como um todo. Ainda, Edson é capaz de comparar o nível de construção e a forma de funcionamento do SUS em cada região onde morou.

Apesar destes dois relatos conterem uma representação dos serviços de saúde como sistema, nos outros depoimentos isto não acontece. O SUS normalmente não é percebido na sua totalidade e, sim, fragmentado. Referem-se a este ou aquele serviço, identificando-o ou não ao SUS. Quando citam as unidades básicas de saúde chamam-nas de "posto" ou "postinho" e identificam-nas como serviços financiados pela municipalidade, sem perceber que esse dinheiro é do SUS. Os hospitais não são representados como parte do SUS, mas reconhecem que lá o financiamento é feito pelo SUS. Não dizem "internar no SUS", mas "internar pelo SUS", o que significa que o SUS, aí, se reduz a um meio, o de financiamento. Aqui estamos, como já sugeriram os depoimentos, frente às ambigüidades do sistema de saúde.

Assim, não percebendo o SUS enquanto sistema ou não recebendo dele a garantia, a mulher vai buscá-la naquele médico, enfermeira ou auxiliar da equipe de saúde em quem ela identifica a capacidade de oferecê-la. Os profissionais fazem, então, este papel, ou seja, personificam a garantia, e a partir daí é o 'dr. Fulano' quem atende bem, ou a 'enfermeira Cicrana' quem o faz.

Isto acaba acontecendo na unidade básica e a população elege o seu "garantidor". Se não houver naquela unidade alguém que corresponda a essa expectativa, há tempo suficiente, durante o pré-natal, para a gestante eleger uma outra unidade. Isto se revela no depoimento de Salete, que perdeu um recém-nascido de 1.730g com mal-formações congênitas: "*Quando engravidei o médico do posto perguntou se eu não tinha tevê em casa. Falei para o marido: 'Vou trocar de médico'. E, troquei*".

Heliane também escolheu um outro serviço para fazer o pré-natal:

*Tinha medo do postinho. Geralmente médico do postinho está com muita pressa, às vezes só olha para a paciente e nem examina. Não porque eles não querem, mas às vezes porque eles não têm tempo. Eles tem 50, 70 pacientes para atender. Então fica difícil. Então, nas duas primeiras gestações fiz pré-natal direto no hospital e a última foi no consultório.*

As gestantes que fazem o pré-natal na unidade de saúde próximo à sua residência o fazem porque conseguem estabelecer com a equipe da unidade uma relação de confiança, pois têm a possibilidade de procurar outros serviços, como nos casos relatados anteriormente. A maioria das mulheres fazem boas referências ao atendimento na unidade básica, como Odete, solteira, que ficou grávida sem o desejar:

*Fiz o exame no posto. Foi o Kauê, um enfermeiro, que me atendeu. A moça que me entregou o resultado me deu parabéns e perguntou se eu estava contente, se eu queria o bebê. Falei que queria, mas estava apavorada. Tinha medo do meu pai e do meu irmão. Eles me atenderam bem no posto, fiz o pré-natal, fiz cinco consultas. A Dra. Silvia dizia que era para eu fazer carinho na barriga, me alimentar bem, não pegar peso.*

Principalmente durante o pré-natal, a unidade básica de saúde e seus profissionais vão se integrando à rede de solidariedade que envolve a família da gestante, mas, no hospital, esta frágil e nova rede social se quebra mais uma vez. Lá, já não estão os profissionais que atendiam anteriormente e também lá não pode entrar a família. A imagem que marca esta situação é a da paciente Elenice, que vai ver seus parentes, na recepção, usando um avental aberto atrás (muito comum em maternidades). Ela relata a vergonha que sentiu ao passar pela recepção usando tal vestimenta. Foi afastada da família por ocasião do internamento, destituída de sua identidade e transformada em um corpo aparentemente destituído de pudor. Elogia várias vezes a estrutura física do hospital, mas reclama dos profissionais que a atenderam:

*Eles tentam muito parto normal, fazem a gente sofrer. Cesárea foi feita para salvar vidas... Eu gritava muito, minha dor era incontrolável. Pedia uma cesárea. Tinha uma doutora que tinha batido o carro, eles ficavam comentando esse assunto. Comentavam de baile, também.*  
*Para minha família que ficava lá na recepção eles falavam que estava tudo bem. Tinha uma enfermeira que eu gostei muito, ela pegava na minha mão, me amparava, dizia que logo ia passar. Tinha um que me tratava mal. Fazia toque toda hora.*



Mais uma vez é preciso deixar claro que não se trata, aqui, de denunciar o comportamento dos profissionais, pois o que se está trazendo são as palavras ou o relato das mulheres, os quais, embora expressem um conflito, é a forma como estas conseguem verbalizar e, enquanto tal, produzir uma representação da experiência vivida.

Assim, a fala da mulher revela como ela sente e representa para si e para o outro o que se passou. Nesse sentido sua representação não é restauradora da verdade dos fatos, mas institui, para a mulher, a sua verdade.

De qualquer forma o sofrimento subjetivo vivido pela mulher, segundo sua representação, foi-lhe imputado pelo outro, pelas atitudes dos profissionais que a atenderam. Isto não traz nada de novo em relação ao que se sabe sobre o sofrimento e suas formas de representação: sempre há um outro a quem se procura culpar. Aquele que sofre busca sempre no outro a causa do sofrimento.

Ainda, a falta de garantia experimentada pela mulher possibilita que seu imaginário se "solte" e ela construa representações acerca dos eventos que a envolveram, afastando-se, pelos efeitos imaginários, da situação real. Estes efeitos são tão evidentes que ela acredita ser a cesárea um procedimento que a pouparia de sofrer. Trazendo de novo a fala de Elenice: "cesárea foi feita para salvar vidas".

O conflito que aparece nesse relato é resultado das relações que se estabelecem no hospital, as quais, dada a própria natureza do trabalho dentro do hospital, são carregadas de tensão. Muitas vezes os profissionais de saúde em geral, e em particular os médicos, para suportar o sofrimento proveniente do próprio trabalho criam estratégias de defesa, e uma delas, muito comum, é falar de "amenidades" durante o ato cirúrgico ou o atendimento à emergência (GONNET, 1989, p. 128-47). Isto é de conhecimento comum a qualquer pessoa que tenha se submetido a tratamentos dessa natureza. Mas, aqui, pelo depoimento de Elenice, fica claro que a paciente toma isso como um desrespeito ao seu sofrimento.

Esta tensão nas relações intra-hospitalares, e também o fato de que as decisões médicas são tomadas em situações de risco, sendo necessária, muitas

vezes, uma atitude intervencionista muito rápida, fazem pressupor que haja um nível elevado de agressividade nessas relações. A paciente chega a descrever que enquanto gritava, durante as dores do parto, ouviu das profissionais que a atendiam expressões agressivas pedindo que se calasse.

Como as representações sociais possuem a propriedade de reconstruir o objeto, o que se ouve nos relatos é um conjunto de representações sobre os cuidados e o serviço oferecido pelo SUS como algo inadequado às necessidades da população.

Uma outra queixa por parte de Elenice, a de que foi submetida a toques a toda hora, pode estar novamente apontando para a diferença entre o tempo clínico e o tempo subjetivo, já que o acompanhamento da evolução do trabalho de parto deve ser feito por toques seqüenciais. Ela percebe esse procedimento como excessivo. Não é objetivo deste trabalho saber se o procedimento foi efetivamente excessivo, mas mostrar que ela assim o representa. Quanto tempo se passou entre um toque e outro? Para o médico provavelmente foi o tempo necessário para reavaliar a evolução do trabalho de parto e decidir entre um parto vaginal ou cesáreo. Para a mulher, diferentemente, o tempo entre um toque e outro é um tempo muito curto. Essa construção da paciente de um "toque quase constante" é tomada como mais um procedimento do *outro* responsável pelo conjunto de seu sofrimento. Sofrimento este composto por uma série de pequenos atos que ela potencializa em sua representação. Esta série é composta por todos os procedimentos comuns a um parto – tricotomia, toque, ausculta do bebê, colocação de equipo para o soro, controle das contrações – e mais o sofrimento representado pela espera do desfecho do evento.

Ao ser internada a gestante é separada de sua família, e nesse momento ela abre um novo espaço para o imaginário. Toma conta da mulher o sentimento de que está só. Esse é um dos efeitos mais perversos da medicalização do parto. No hospital, "fica entregue" a seu imaginário e a um conjunto de profissionais que não necessariamente conhece. O mundo da família, acolhedor e com quem compartilha

sua ansiedade, está agora separado dela. Ela, então, só pode buscar garantia compartilhando sua situação com outras parturientes ou com a equipe responsável pelos cuidados, incluindo-se aí o médico. Quando essa garantia não consegue ser estabelecida a paciente se sente abandonada.

O sentimento de abandono é o último estágio do sofrimento e vem marcar a solidão de cada um diante de sua condição. Neste sentido podemos dizer que o abandono ou o desamparo remetem sempre a um encontro com uma situação limite, na qual estamos excluídos de qualquer rede de solidariedade ou vínculo com o outro. Nesse momento os laços de sociabilidade se desfazem e o outro que está próximo é um estranho, assim como estranho é o mundo. Diante do abandono, o que experimentamos é uma hostilidade que vem de todos, que vem do mundo. E nessas condições dirigimos também nossa hostilidade ao mundo, ao outro, culpando-o por colocar-nos nesta condição.

Assim, não há saída para o abandono quando não conseguimos encontrar alguém que possa ser mediador de uma nova relação com o outro e com o mundo.

Aquele que se põe a representar a garantia pode fazer este papel, de levar o desamparado a restabelecer seus vínculos sociais. Nas situações em que o abandono toma conta do sujeito até mesmo os seres mais amados são acusados pelo sofrimento – os pais, o marido, os filhos – e recebem a imputação de culpa. Para o sofredor, são eles que o colocaram nesta posição. São eles, portanto, representados fantasmaticamente como aqueles que romperam, que abandonaram. Nesse sentido, o imaginário cede espaço para falas persecutórias: "Eles me deixaram, ninguém me ama, ninguém me dá atenção, ninguém me cuida".

#### 6.4 A GARANTIA PROFISSIONAL

A garantia profissional só pode ser dada se a escuta funciona, ou seja, se a paciente reconhece nas explicações que recebe, nos gestos dos profissionais, amor e capacidade para levar a bom termo seu sofrimento. Se ela consegue estabelecer,

portanto, um vínculo que implique aquele que cuida dela – seja a equipe como um todo, seja um membro desta. Muitas vezes a paciente afirma que o 'dr. Fulano' se interessou pelo seu problema. É esta manifestação de interesse que a faz reconhecer no 'dr. Fulano' alguém capaz de lhe oferecer garantia.

Nesse sentido a garantia supõe a alteridade, reconhecer o outro como outro, fazer laço. No caso que estamos relatando a mulher não se representa como outro para um terceiro, mas como alguém que tem medos, necessidades, que está em sofrimento, que precisa ser amparada.

Ao se queixar da demora em se fazer uma cesárea, ela expressa a negação do direito a um procedimento, para ela e suas representações "salvador de vidas". Embora haja uma tentativa de se reduzir o número de cesáreas no Brasil, a paciente compartilha da mesma representação que a população em geral possui deste procedimento, ou seja, a cesárea é um bem que aos "ricos" é dado acesso e aos pobres é muitas vezes negado, tendo estes que se submeter ao sofrimento do parto "normal".

A garantia vem também da confiabilidade nos profissionais empenhados em atender prontamente a paciente e seus familiares. As explicações por parte da equipe de atendimento para a paciente e seus familiares ajudam-nos a se sentirem seguros. Quando isto não ocorre torna-se impossível estabelecer qualquer garantia, o que gera a situação de abandono.

Quando a mulher chega ao hospital não encontra necessariamente a equipe e o médico que conduziram o pré-natal. Para que se tenha um mínimo de garantia todos têm que investir numa nova relação de confiança. RASIA (1996), quando estuda pacientes portadores de doença grave de um hospital, apresenta a garantia como resultado do processo de transferência<sup>15</sup>. Mostra, em seu estudo, que "o doente sempre quer saber quem é *seu* médico, quem é responsável pelo *seu*

---

<sup>15</sup> Ver, a este respeito, FREUD. S. A dinâmica da transferência. In: **Coleção Standard das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1963, v. XII, p. 131-46.

tratamento. Ele [o paciente] raramente consegue operar com o conceito de equipe médica que a organização dos serviços no interior do hospital lhe oferece" (p. 93). O autor, então, levanta a hipótese de que "o doente está sempre à procura de um 'médico' que seja 'seu médico', isto é, de alguém a quem ele possa dirigir sua demanda de amor e confiança". (p.93).

Salete, que tinha um feto provavelmente portador de hidrocefalia, já conhecida intra-útero, certamente não encontrou um médico que pudesse considerar o "seu médico":

*Internei e me colocaram no soro. Um médico de cabelo comprido fez uma brincadeira, que ia colocar uma torneirinha na cabeça do meu filho, para sempre ir tirando a água. Eu não gostei da brincadeira... Não gostei dele porque não tinha tipo de médico: cabelo comprido, bermuda... Acho que tem que andar bem vestido, cabelo cortadinho.*

Neste caso o profissional procurou explicar corretamente à mãe o que seria feito com seu filho, ou seja, a colocação de uma prótese valvular para drenagem do líquido cefalo-raquidiano. Ela não aceita a explicação, por não entendê-la, e julga ser uma brincadeira, que reprova. Mas, quando descreve o médico nota-se que ela não o aceitou como médico. Este, mesmo que estivesse capacitado tecnicamente, estaria impossibilitado de lhe oferecer qualquer garantia.

Caso a representação da população fosse de que a garantia é dada pelo sistema de saúde, a situação acima não se constituiria num problema. Mas como a garantia não é dada pela confiança no sistema, e sim pelo empenho e dedicação deste ou daquele profissional, a gestante espera que a nova equipe que dela cuida lhe dê sinais de que pode confiar. Se antes o médico, a enfermeira eram nominados, agora a mulher se refere aos profissionais que a atenderam sem saber seus nomes, de um modo geral. O máximo que consegue é descrever suas características físicas ou de comportamento. Há uma impessoalidade nas relações dentro do hospital. Esta impessoalidade torna impossível qualquer forma de garantia, dado que o escolhido para garantir é, em certa medida, o "fiador simbólico" do processo pelo qual a gestante está passando. E este "fiador simbólico" tem que ser alguém, não pode ser

uma abstração, como o SUS, o sistema, o "postinho", o hospital. Este papel é sempre reservado para um outro, reconhecido em carne e osso. Porque a garantia é algo da ordem da troca simbólica e da sociabilidade (SIMMEL, 1983).

Odete, que havia sido reconfortada pelos auxiliares, enfermeiro e médica da unidade de saúde, e que havia aceito a idéia de estar grávida tão jovem e solteira, sentiu-se assim no hospital:

Na última consulta estava com 3 centímetros de dilatação. Eu senti dor no domingo, só fui na terça ou quarta-feira ao posto. Eu era burrinha. Chamaram a ambulância. Ligaram para o hospital A, mas não tinha vaga. Acharam uma vaga no hospital E. Senti medo. Comecei a chorar... Fiquei internada no quartinho de pré-parto, tinha umas cinco mulheres. Foi legal, pelo menos eu conversava com as meninas sobre filho, marido, pai da criança. Vinha uma enfermeira. Tinha umas legais, outras estúpidas. Diziam para ficar deitada de lado, para o nenê respirar. Na hora da dor é difícil. O médico foi na sala duas ou três vezes e na última vez falou que o nenê estava atravessado e me levaram para a sala de cesárea. O nenê saiu morto. Falaram que ficou vivo uma hora, que engoliu líquido. Fui muito mal atendida, me senti jogada... Eu não vi o nenê, eles não me mostraram. Eu não gostei do jeito que eu soube. Eu "apaguei" depois da anestesia. Quando acordei veio um médico que dizia: "O seu nenê era grande, era bonito..., e outras coisas. Eu percebi que o nenê tinha morrido porque ele falava 'era', 'era'... Depois fiquei sozinha num quarto, não tinha mais aquelas mulheres. Foi horrível. Deus que perdoe aquele hospital.

Esta mulher consegue, apesar da dificuldade inicial ao saber que estava grávida, construir uma rede de solidariedade que se inicia com os profissionais da unidade de saúde, envolve o namorado, o pai e o restante da família, até que, sentindo apoio, consegue aceitar a idéia da gravidez. Contudo, o seu relato de como se sentiu no hospital mostra a ruptura da garantia, da confiança que havia construído.

Ao isolar Odete, após a morte do bebê, a equipe do hospital talvez tenha tentado fazê-la não sofrer ou evitar que as outras mulheres sofressem. Mas ocorreu que Odete, ao perder a rede de solidariedade que havia criado com as mulheres com quem conversava no pré-parto, sentiu-se abandonada. Tanto é assim que usa a expressão "jogada" para representar o abandono que viveu.

A equipe de saúde que atende ao parto valoriza a mulher enquanto portadora de uma outra vida. É como se o objetivo final fosse sempre o bebê. A morte do bebê derruba a mulher e toda a equipe num vazio. A equipe, usando suas estratégias e ideologias de defesa descritas por DEJOURS (1992), volta-se para

outras mulheres que estão em trabalho de parto ou para os recém-nascidos que necessitam de cuidados, enquanto a mulher que perdeu o bebê recolhe-se ao seu sofrimento à espera de uma explicação. Ao nominar o sofrimento – e para isso ela precisaria do conhecimento que a equipe de saúde tem –, este tornar-se-ia mais suportável. Ela precisa enfrentar a dor pela perda e desdobrar-se na realização do trabalho de luto.

RICOEUR (1994, p.58-69) nos ajuda a entender melhor o sofrimento dessas mulheres, e quando este autor fala do sofrimento ele não está falando da dor. O autor reserva o termo *dor* para os casos em que ela é sentida localizadamente em certos órgãos ou mesmo em todo o corpo, e sofrimento para quando se passa no plano das reflexões, das percepções de si mesmo e da relação com o outro. É como se a dor fosse física e o sofrimento psíquico. Embora na linguagem do cotidiano usemos as duas palavras indistintamente, há que distingui-las para se entender o sofrimento.

O sofrimento aparece nas entrevistas de formas diferentes. No início é um sofrimento mudo; mais tarde a elaboração do sofrimento permite vencer a dificuldade de se comunicar com o mundo e a mulher restabelece a rede de solidariedade contando sua história. Elabora, então, a culpa com a auto-imputação ou imputação de culpa aos profissionais ou serviços, chegando à intenção de "processá-los".

Para RICOEUR (1994) o sofrimento se dá em três eixos: o primeiro está na relação do Eu com o mundo, o segundo está relacionado à capacidade de ação daquele que sofre e o terceiro é quando o sofrimento fica distendido entre o estupor mudo e a interrogação veemente.

No primeiro eixo, o das alterações da relação do Eu com o mundo, o processo ocorre em vários níveis. Primeiro, o ser que sofre se sente sozinho, se acredita único no mundo. As representações, neste momento, não vão se fazer a respeito do mundo, mas o Eu se recolhe e se isola. Num segundo momento, apesar de reconhecer a existência do outro, há uma impossibilidade de comunicação entre o Eu e o outro. O mundo, então, está deserto, inabitado. O que sofre está sozinho, incomunicável. Nada do que se diga pode ajudá-lo. Ninguém entende o seu sofrimento. Numa outra fase o outro já vai aparecer como inimigo. Agora, a

imputação de culpa já pode dirigir-se ao mundo externo. E por último RICOEUR (1994), neste primeiro eixo, lembra FREUD em *Luto e Melancolia*, e afirma que aquele que sofre passa a se sentir um eleito para o sofrimento. É nesta fase que a culpa passa a ser auto-imputada.

Nos relatos encontramos essas fases do sofrer, e as representações vão se construindo à medida que a mulher passa do isolamento do Eu para a percepção do outro.

No segundo eixo RICOEUR (1994) fala da diminuição da capacidade de ação e da capacidade de suportar o sofrimento. Este eixo do agir-sofrer se dá nos níveis da palavra, do fazer, da narração e da imputação moral. As alterações, então, vão estar na capacidade de dizer, fazer, contar e perceber-se a si mesmo como agente moral. Incapaz de falar, o sofrimento se manifesta como uma postura corporal de se encurvar e o rosto se fecha em mímicas e lágrimas. Depois vem a lamentação, como um pedido de ajuda arrancada de dentro de si. É a transferência do sofrer de si mesmo para o outro. E, por último, a vontade de vingança. Nas nossas entrevistadas isso aparece como a vontade de "processar", o que não acontece. Fica-se, então, com o "protestar", o grito, a queixa.

No terceiro eixo – e lembramos que os eixos se cruzam – o sofrimento se revela distendido entre o estupor mudo e a interrogação veemente: "por que comigo? Por que o meu bebê?"

Após a morte do bebê a mulher e sua família esperam uma explicação que caiba no universo de suas representações sociais a respeito dos eventos ligados à morte perinatal. O fato de quase todas as entrevistadas terem se oferecido espontaneamente a "buscar o laudo do IML" para mostrar a causa da morte do bebê demonstra que depositam no documento escrito a recuperação da verdade. O laudo foi lido e relido, na tentativa de entender as palavras técnicas que ali estão, e isso ajuda a diminuir o sofrimento, o que corrobora a idéia de que a falta de palavra confiável – do fiador simbólico - aumenta o sofrimento. Se o escrito é tão importante é porque a palavra faltou. Ou, se não faltou, quando foi pronunciada não convenceu ou não pôde ser ouvida.



## CONCLUSÃO

Para se entender o SUS é necessário partir da idéia de que ele é um sistema em construção. É necessário entendermos que as representações sociais a respeito do SUS estão permanentemente configurando-o. Essas representações não são imagens projetadas numa tela em branco, mas retocadas pelo próprio usuário e devolvidas à sociedade como produtos. Estes produtos, por sua vez, são representações que constroem o SUS. À medida que o atendimento à saúde das mulheres entrevistadas imprimiu a elas um sofrimento, ou que essas mulheres não encontraram a garantia que buscavam, o SUS foi sendo reconstruído na história de cada uma. Essas histórias individuais se cruzam com outras histórias individuais, e assim o SUS passa a ser uma construção social.

As mulheres entrevistadas nos mostraram que, ao se perceberem grávidas, mobilizaram recursos da própria comunidade, numa rede de solidariedade que oferecia a garantia de que a gestação seria levada ao melhor termo possível. A Unidade Básica de Saúde, instância primeira de atendimento pelo SUS, e seus profissionais tomaram parte dessa rede de solidariedade. A garantia, de certa forma, foi oferecida por esta rede de solidariedade.

Mas, no momento em que a gravidez deu sinais de complicação, e em que a mulher e sua família procuraram os serviços de saúde que deveriam garantir o atendimento ao parto iniciou-se, muitas vezes, uma peregrinação pelo sistema de saúde. O que se esperava é que esse sistema fosse capaz, pelos seus princípios organizativos, de permitir um itinerário terapêutico. A peregrinação à qual as mulheres se submeteram pode ser compreendida como fruto de uma incapacidade do SUS em oferecer uma organização dos serviços hierarquizados que permitisse que tal itinerário se fizesse. Enquanto a rede básica de serviços de saúde ampliou-se rapidamente em Curitiba como um todo, e em particular no Sítio Cercado, persistiu um afunilamento do sistema de saúde nos níveis secundário e terciário. É no momento de garantir uma

ecografia ou um internamento num serviço capaz de atender adequadamente ao parto que aconteceu uma ruptura do itinerário terapêutico.

Essa ruptura se deu quando a gestante deixou a rede básica e tentou internar-se em um hospital. É de se perguntar se os profissionais de saúde que atuam nos hospitais sentem-se integrantes do SUS ou apenas prestam serviços a ele. É de se perguntar, ainda, qual o nível de satisfação profissional que a prestação desses serviços lhes traz.

Este afunilamento, e a conseqüente ruptura da garantia que o SUS oferece contribuem tanto para manter altos os índices de mortalidade perinatal, como para imprimir um sofrimento à mulher que perde seu bebê.

A medicalização dos cuidados da gestação e do parto realmente destituiu a mulher do poder sobre o seu corpo mas, mais do que isso, deixou para fora do hospital a rede de solidariedade que a mulher havia criado durante a gestação e que incluía os profissionais da Unidade Básica de Saúde. As mulheres buscaram formar, já dentro do hospital, uma nova rede de solidariedade. Para isso, tentaram reconhecer entre os membros da equipe que as atendiam aqueles capazes de lhes oferecer garantia. Cada uma delas trazia consigo uma representação do que poderia ser um bom profissional. Tentaram identificá-lo através de suas ações, de seu discurso ou até de suas vestimentas. Novamente o sofrimento se instalava quando não conseguiam encontrar alguém que personificasse a garantia.

O sofrimento dessas mulheres é esperado como resultado da experiência de perder um bebê. O que encontramos, contudo, foi um sofrimento adicional, imposto pela quebra da garantia.

A ação humana produz efeitos inesperados e, em nosso caso, as ações dos profissionais de saúde, acompanhadas pelos seus discursos, produzem uma representação do SUS que escapa da intenção dos próprios profissionais e também dos gestores do sistema de saúde. Essas ações não são totalmente racionais, mas geradas por crenças, paixões e valores, o que aumenta sua imprevisibilidade.

As histórias individuais expressas em cada entrevista foram se cruzando com outras histórias individuais, e isso nos deu a tangibilidade do que antes era intangível. No início talvez essas mulheres não tivessem entendido o que aconteceu com elas. Depois, contando e recontando sua história, foram construindo, através das representações sociais, um objeto tangível: o SUS e seus profissionais como incapazes de lhes oferecer garantia, e o sofrimento disso decorrente.

Um outro elemento que contribuiu para a peregrinação e o sofrimento foi o fato de os profissionais de saúde e as mulheres trabalharem com noções diferentes de tempo. Enquanto os primeiros pautam sua idéia de tempo por uma norma clínica, as mulheres têm uma noção de tempo que depende da forma como elas, enquanto sujeitos, vivem a situação.

Com a morte do bebê a mulher sente-se abandonada pela equipe de saúde, o que coincide com a visão de RICOEUR (1994), sobre a sensação primeiramente de estar só no mundo e, depois, da impossibilidade de se sentir compreendida pelo outro. Embora não tenhamos estudado os sentimentos da equipe de saúde nessas situações, acreditamos que seja possível que, tal como a própria mulher, a equipe também caia num vazio com a morte do bebê.

As relações dentro do hospital não são desprovidas de conflito. O fato de os profissionais que atuam no hospital estarem submetidos a um sofrimento próprio da natureza desse trabalho imprime às relações com os pacientes um certo nível de agressividade, o que pode ser percebido em muitos relatos. Isto pode ser explicado pelas estratégias defensivas descritas por DEJOURS (1992), recurso utilizado pelos profissionais para suportar o sofrimento decorrente do trabalho. Mas, também aponta para a possibilidade de insatisfação com as condições de trabalho vividas por esses profissionais.

Os relatos mostraram outros níveis de ruptura provocados pelo sofrimento, em que as mulheres passaram a procurar na equipe a culpa, chegando à intenção, muitas vezes explicitada, de processar os profissionais ou o hospital. Em outros relatos houve a auto-imputação da culpa.

O sofrimento adicional imputado às mulheres estudadas nesta pesquisa poderia ser minimizado caso a garantia que elas esperavam receber ao se internar fosse dada pela equipe que as atendeu. A solidariedade em torno da morte poderia se constituir em nova rede dentro do hospital e, assim, a mulher e a equipe não cairiam no vazio e na sensação de abandono.

No momento em que estamos finalizando este trabalho, assistimos ao poder público municipal buscando parcerias e lançando o desafio de diminuir a mortalidade infantil em Curitiba para 1 dígito.

A questão que colocávamos já no início da pesquisa é que, para diminuir ainda mais a mortalidade infantil, era necessário olhar com atenção especial para as mortes ocorridas no primeiro mês de vida, o que corresponde à mortalidade neonatal, ou na primeira semana após o nascimento, correspondentes à mortalidade neonatal precoce. Ao escolhermos a mortalidade perinatal estávamos nos propondo a trabalhar com as mortes fetais após a 22.<sup>a</sup> semana de gestação somadas às mortes de recém-nascidos até 7 dias de vida. A mortalidade perinatal, ao lado da mortalidade materna, revela as condições de assistência à gestação, parto, puerpério e ao recém-nascido. Aponta, portanto, para eventos ocorridos, principalmente, em ambiente hospitalar.

Parece-nos que o município de Curitiba aceita este desafio ao propor, em março de 1999, o Programa Mãe Curitibana. Através deste programa, a Secretaria Municipal da Saúde pretende, entre outras medidas, vincular as gestantes a maternidades do município. Ou seja, oferecer garantia de atendimento no momento do parto. Posteriormente, já em 2001, lança o Pacto pela Vida, que pretende diminuir a mortalidade infantil para patamares inferiores a dez mortes por mil nascidos vivos até 2005. Uma das ações do Pacto pela Vida é a ampliação e modernização das Unidades de Terapia Intensiva Neonatais e Pediátricas.

Porém, acreditamos que o desafio que se coloca envolve uma mudança que vai além da capacidade instalada de receber e tratar estas gestantes e recém-nascidos. Vai também além da capacitação técnica dos profissionais. A questão que

se coloca é que, na construção do SUS, é necessário que os profissionais que atuam nos hospitais públicos ou privados se sintam executores de uma política de saúde contemplada na VIII Conferência Nacional de Saúde, na Constituição de 1988 e na Lei nº 8080, de 1990, que criou o SUS. Além disso, compreender as representações sociais que essas mulheres fazem do atendimento que receberam ajudaria esses profissionais a reconsiderar sua postura frente a elas.

O desafio se coloca também para as universidades, pois o ensino de graduação e pós-graduação das profissões do setor saúde precisa contemplar a compreensão do SUS como uma estratégia necessária para garantir o preceito constitucional de "saúde como um direito de todos e dever do Estado". É preciso, ainda, ampliar o ensino das profissões da saúde para além do paradigma biomédico, incorporando outras contribuições, como das ciências sociais.

Acreditamos que, desta forma, possamos construir um sistema de saúde reconhecido pela população como capaz de oferecer garantia e minimizar o sofrimento.

## REFERÊNCIAS

- ARENDDT, H. **A condição humana**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.
- ARON, R. **As etapas do pensamento sociológico**. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1997.
- BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DE CURITIBA. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde, v. 11, n. 1, p.1, jan./abr. 2000.
- BOTH, E. **Família e rede social**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1976.
- BOUDON, R. **Tratado de sociologia**. Rio de Janeiro: Zahar, 1995.
- BOUDON, R.; BOURRICAUD, F. **Dicionário crítico de sociologia**. São Paulo: Ática, 1993.
- BREILH, J. **Epidemiologia, economia, política e saúde**. São Paulo: Unesp: Hucitec, 1991.
- BUSS, P. M. Saúde e desigualdade: o caso do Brasil. In: BUSS, P. M.; LABRA, M. E. **Sistemas de saúde: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Hucitec, 1995.
- CANESQUI, A, M. **Ciências sociais e saúde**. São Paulo: Hucitec: Abrasco, 1997.
- CAPISTRANO FILHO, D. **Da saúde e das cidades**. São Paulo: Hucitec, 1995.
- COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. São Paulo: Cortez, 1996.
- COOK, J. L'enfant malade et le monde médical: une synthèse. In: COOK, J.; DOMMERGUES, J. P. (Org.) **L'enfant malade et le monde médical**. Paris: Syros, 1993.
- CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Centro de Epidemiologia. **Perfil dos nascidos vivos: Curitiba - 1998**. Curitiba, 1999.
- CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. Distrito Sanitário Bairro Novo. **Saúde no Distrito Sanitário: um desafio para todos**. Curitiba, 1997.
- DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 5. ed. São Paulo: Cortez - Oboré, 1992.
- DIMAGGIO, P. J.; POWELL, W. W. The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. In: DIMAGGIO, P. J.; POWELL, W. W. **The new institutionalism in organizational analysis**. Chicago, The Univ. Chicago Press, 1991. Texto traduzido para uso no Curso de Mestrado pela Prof.<sup>a</sup> Roseli Rocha dos Santos, do Departamento de Ciências Sociais da UFPR.

DURKHEIM, E. **As regras do método sociológico**. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

FAYOL, H. **Administração industrial e geral**. São Paulo: Atlas, 1968.

FOUREZ, G. **A construção das ciências**: introdução à filosofia e à ética das ciências. São Paulo: Unesp, 1995.

FRIEDBERG, E. Organização. In: BOUDON, R. **Tratado de sociologia**. Rio de Janeiro: Zahar, 1996.

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa**: um estudo da Reforma Sanitária Brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

GONNET, F. Les relations de travail à l'hôpital: entre la complexité et l'inécurité. **L'Hôpital à Vif**, Paris, n. 109, p. 128-47, sept. 1989.

GRANDA, E; BREILH, J. **Saúde na sociedade**. São Paulo: Cortez: Abrasco, 1989.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Petrópolis: Vozes, 1997.

HEGENBERG, L. **Doença, um estudo filosófico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

INSTITUTO DE PESQUISA E PLANEJAMENTO URBANO DE CURITIBA. **Bairro em números-65**: Sítio Cercado Regional Bairro Novo. Curitiba, 1999.

INSTITUTO DE PESQUISA E PLANEJAMENTO URBANO DE CURITIBA. **Bairro Novo do Sítio Cercado**: proposta de curto prazo. Curitiba, 1993.

INSTITUTO DE PESQUISA E PLANEJAMENTO URBANO DE CURITIBA. **Curitiba – contagem populacional 1996 - IBGE**. Curitiba, 1998a.

INSTITUTO DE PESQUISA E PLANEJAMENTO URBANO DE CURITIBA. **Regional Bairro Novo**: informações por bairros. Curitiba, 1998b.

JODELET, D. Représentations sociales: un domaine en expansion. In: \_\_\_\_\_. **Les représentations sociales**. Paris: Presses Universitaires de France, 1989.

KUHN, T. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva, 1982.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E. D. (Org.) **Medicina social**: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global, 1983.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

MARCH, J. G.; SIMON, H. A. Limites cognitivos da racionalidade. In: TEORIA das organizações. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1975.

MENDES, E. V. **Distrito sanitário**: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 6.ed. São Paulo: Hucitec, 1999.
- MORIN, E. **O problema epistemológico da complexidade**. Lisboa: Europa-América, 1983.
- MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- MOUZELIS, N. P. A abordagem das relações humanas e a organização. In: ORGANIZATION and bureaucracy. Chicago: Aldine Publishing, 1967.
- NOHRIA, N.; GULATI, R. Firms and environments. In: SMELSER, N. J.; SWEDBERG, R. (Ed.) **The handbook of economic sociology**. Princeton N. J.: Princeton University Press, 1994.
- OLIVEIRA, D. **Curitiba e o mito da cidade modelo**. Curitiba: Editora da UFPR, 2000.
- PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.
- POPPER, K. **Lógica das ciências sociais**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1978.
- RASIA, J. M. **Hospital**: sociabilidade e sofrimento. Curitiba, 1996. Tese (Concurso de Professor Titular de Sociologia das Organizações) - Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Paraná.
- RASIA, J. M. **Temporalidade e subjetividade em presença do câncer**. Curitiba, 1996. Texto não publicado.
- RICOEUR, P. La souffrance n'est pas la douleur. In: VON KAENEL, J. M. **Souffrances**: corps et âme, épreuves partagées. Paris: Éditions Autrement, 1994.
- ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. 2.ed. São Paulo: Hucitec: Unesp; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.
- SÁ, C.P. **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1996.
- SÁ, C.P. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M.J. **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1993. p. 19-45.
- SILVEIRA, C. H. **Programa de Saúde da Família**: um estudo de caso no município de Joinville - Santa Catarina. Curitiba, 2000. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Paraná.
- SIMMEL, G. **Sociabilidade** - um exemplo de sociologia pura ou formal. São Paulo: Ática, 1983.
- STINCHCOMBE, A. Social structure and organizations. In: MARCH, J. (Ed.) **Handbook of organizations**. Chicago: Rand McNally & Co., 1965.



TANAKA, A. C. A. **Maternidade**: dilema entre nascimento e morte. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

TARRIDE, M. I. **Saúde pública**: uma complexidade anunciada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

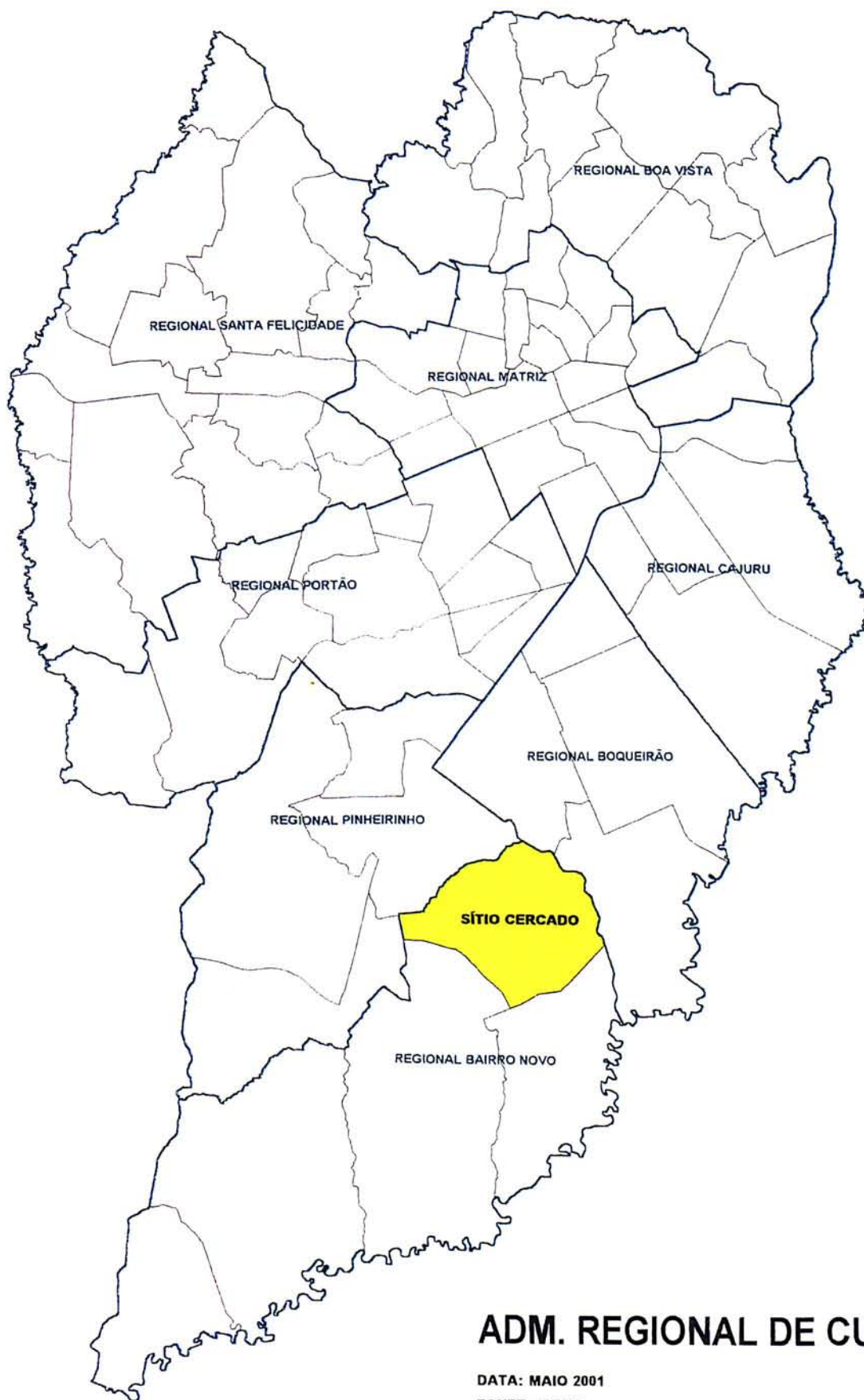
TAYLOR, F.W. **Princípios da administração científica**. São Paulo: Atlas, 1992.

TESSIER, S.; ANDREYS, M.; RIBEIRO, A. **Santé publique & santé communautaire**. Paris: Maloine, 1996.

THIOLLENT, M. **Crítica metodológica, investigação social e enquete operária**. São Paulo: Pólis, 1980.

WEBER, M. **A ética protestante e o espírito do capitalismo**. 12. ed. São Paulo: Pioneira, 1996.

**ANEXO 1 - LOCALIZAÇÃO DO BAIRRO SÍTIO CERCADO EM CURITIBA**



## ADM. REGIONAL DE CURITIBA

DATA: MAIO 2001

FONTE: IPPUC

ESCALA: 1:150.000



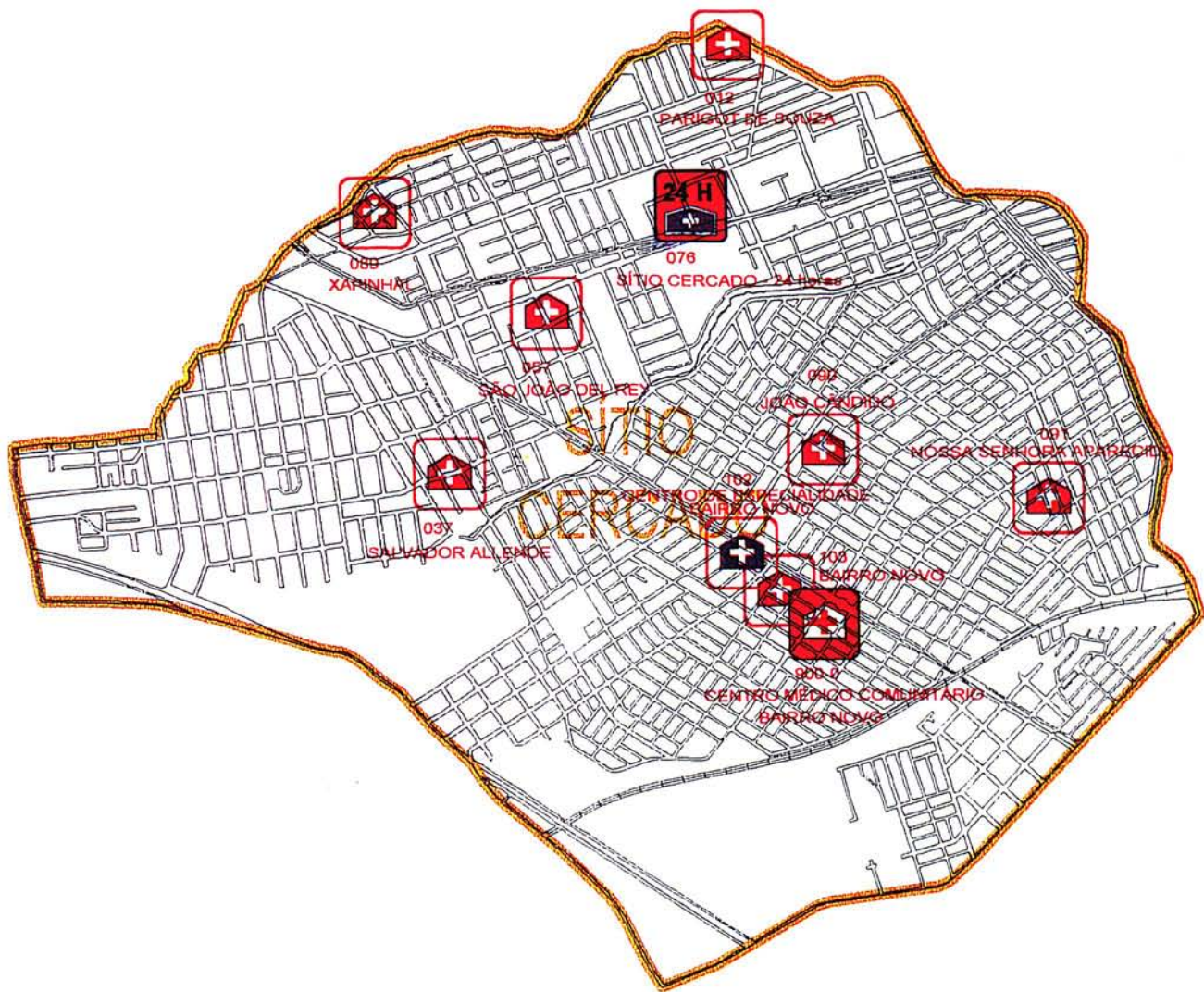
**INSTITUTO DE PESQUISA E PLANEJAMENTO URBANO DE CURITIBA**

SUPERVISÃO DE INFORMAÇÕES

SETOR DE GEOPROCESSAMENTO

Rua Bom Jesus, 669 - Cabral - Curitiba - Paraná - CEP 80.035-010 - Fone: (0\_41) 352-1414 - Fax (0\_41) 252-6679 - E-Mail= geo@ippuc.curitiba.pr.gov.br





## **ANEXO 2 - EQUIPAMENTOS DE SAÚDE DO BAIRRO SÍTIO CERCADO**



# BAIRRO SÍTIO CERCADO

## EQUIPAMENTO DE SAÚDE

### LEGENDA

-  UNIDADE DE SAÚDE
-  UNIDADE DE SAÚDE 24H
-  CENTRO DE ESPECIALIDADE
-  CENTRO MÉDICO COMUNITÁRIO

DATA: MAIO 2001

FONTE: SMS

ESCALA: 1:30.000



**INSTITUTO DE PESQUISA E PLANEJAMENTO URBANO DE CURITIBA**

SUPERVISÃO DE INFORMAÇÕES

SETOR DE GEOPROCESSAMENTO

Rua Bom Jesus, 669 - Cabral - Curitiba - Paraná - CEP 80.035-010 - Fone: (0\_\_41) 352-1414 - Fax (0\_\_41) 252-6679 - E-Mail= geo@ippuc.curitiba.pr.gov.br