

"SAÚDE E MARGINALIDADE: ANÁLISE DAS FUNÇÕES
NÃO MANIFESTAS DA PRÁTICA MÉDICA".

1.

INTRODUÇÃO (1)

Ao iniciarmos a discussão para a elaboração deste projeto de investigação, partimos de um conceito teórico de marginalidade. O referencial assumido era aquele que conceitua a marginalidade a partir da inserção do marginal no processo produtivo. (*)

Deixamos de lado portanto, a teoria funcionalista que privilegia a questão da integração social e encara o problema em termos de dualidade estrutural, opondo o tradicional ao moderno, o marginal ao integrado. (**).

Nos colocávamos, assim, dentro da trilha de um pensamento que enfatiza as contradições que se operam no decorrer de um processo histórico a partir da dinâmica das relações de classes. E que enfoca a configuração da marginalidade urbana nos países dependentes (4) a partir do impulso da industrialização, na medida em que seu avanço se opera através da tecnologia poupadora de mão de obra, da expulsão de grandes massas do campo, devido à sua capitalização ou manutenção do latifúndio.

(*) Cujos principais autores são Quijano, Anibal; Num, José, Murrís, Manuel; Kówarick, Lucio, etc. .

(**). Defendida por Parsons, Talcott; Merton, Robert e no Brasil principalmente por Lambert, Jacques com o livro "os dois Brasis".

Segundo Quijano - "Esta industrialização dependente é, por isso, excludente; sua lógica mesmo contém a inevitabilidade da marginalização de crescentes setores da população urbana. Esta marginalização em desenvolvimento não se produz somente porque os novos povoadores das áreas urbano-industriais não encontram um lugar definido na estrutura de papéis ocupacionais básicos, secundários ou subsidiários no novo sistema industrial, mas também devido ao progressivo declínio de certos ramos de atividade produtiva, frente a outras de grande tecnologia e de grande rentabilidade para os monopólios estrangeiros. Isto é, os fatores que conduzem de modo inevitável à marginalização da população urbana, nestas condições não são somente as tendências redutivas do mercado de trabalho das novas empresas industriais, mas também a relativa marginalização de certos ramos de produção dentro do novo esquema de industrialização dependente".*

Assim, de acordo com a inserção na divisão social do trabalho teríamos:

- de um lado os "trabalhadores que participam do sistema capitalista de produção enquanto assalariados e que estão sujeitos a um tipo de exploração ligado à produção de mais valia".

(*) Quijano, Anibal - Dependencia, cambio social y urbanización en Latino-America - Revista Mexicana de Sociologia - Julho/Setembro 1968.

- de outro, os trabalhadores marginais, ou seja:

- "a) Certas categorias que não conseguem vender no mercado sua força de trabalho, estabelecendo-se por conta própria no setor terciário.
- b) em consequência da dinâmica de retração - expansão do sistema econômico, o trabalhador intermitente que por razões conjunturais e estruturais não conseguem vender sua força de trabalho de forma regular.
- c) Os trabalhadores dos setores produtivos estagnados ou decadentes com baixo índice de capitalização como a produção artesanal e a indústria a domicílio" (*).

Ao aprofundarmos a discussão na tentativa de definir melhor nosso objeto de estudo, estes referenciais teóricos tornaram-se insuficientes, e surgem alguns questionamentos. Em toda a literatura sobre marginalidade, enquadrada nesta linha de pensamento, está longe de existir um acordo sobre esse conceito, criando uma série de expressões tais como: "mão de obra marginal", "polo marginal" "desenvolvimento excludente" etc. . Nenhuma delas, entretanto, consegue uma visão mais clara do que representa este contingente de população nos países periféricos. Pergunta-se então, porque o adjetivo marginal? Quais as suas semelhanças ou diferenças com o conceito de exercício industrial de reserva ou de sub-emprego? Mais ainda,

(*) Caracterização estabelecida por Kowarick, Lucio in Capitalismo e marginalidade na América Latina - Paz e Terra 1975 pgs. 85 - 86 .

4.

porque esta conceituação a partir da inserção do marginal no sistema produtivo, se estes mesmos elementos participam do ciclo de realização da mercadoria?

A própria conotação geográfica que muitas vezes é negada por estes autores ainda é utilizada para a classificação de população marginal, localizando-as na periferia ou áreas decadentes das cidades tais como favelas, poblaciones, villas miserias, barriadas etc. . No entanto, não levam em consideração que qualquer aglomerado urbano apresenta uma complexidade socio-econômica que reflete a estrutura social do conjunto da sociedade, não levando em conta o próprio processo de expulsão da população operária (principalmente em países dependentes) para estas áreas ditas marginais, . . .

Tendo em vista estes questionamentos, e sem abandonar o marco histórico - estrutural, torna-se também objeto desta investigação um aprofundamento da teoria de marginalidade e dependência em seu relacionamento com a saúde.

Dentro deste referencial analisaremos as modalidades de consumo de saúde por parte destas populações. Em nossa realidade latino-americana as ofertas de serviço de saúde a estas populações se dão dentro de alguns marcos comuns:

- o Estado assumindo esta função com toda uma prática de instalações de centros de saúde, ambulatorios médicos, serviços de puericultura, etc. ;
- organismos assistenciais caritativos dirigidos por igrejas ou sociedades de beneficencia;

5.

- outro tipo de oferta é a medicina privada, no geral consultorios localizados nestas regiões;
- a previdência social que está estendendo sua cobertura para esta população;
- é uma instância que seria necessário pelo menos mencionar é a chamada medicina informal desenvolvida por curandeiros, brujos, pais de santo, etc. .

JUSTIFICATIVA - (2)

É cada vez maior o número de investigações na América Latina que tentam explicar os fenômenos de Saúde, Doença, Prática Médica, ou Saber Médico através das Ciências Sociais, e é cada vez menor a tendência que explica estes conceitos à margem da estrutura social e do momento histórico a que pertencem, (10, 12, 13).

É neste sentido que pretendemos obter uma análise mais profunda das relações que existem entre a Prática Médica e alguns estratos da sociedade, (10, 11). Já mencionamos anteriormente a importância do discutido conceito de marginalidade em países dependentes como o Brasil e mesmo conscientes desta discutível categoria, pensamos que uma abordagem do problema através do consumo de serviços de saúde, poderia ajudar à compreensão do fenômeno "marginalidade" em si, assim como a um entendimento das relações entre estas populações e os serviços médicos e com a sociedade em geral.

Torna-se cada vez mais claro através da investigação em Ciências Sociais e Saúde, que os sistemas de atenção à Saúde, cumprem outras funções tais como: ideologização (8), distensão de conflitos sociais (13), manutenção e reprodução da força de trabalho, legitimação do sistema social (14), etc., que encontram um nível explicativo para aquelas camadas da população que têm uma inserção direta e permanente no sistema produtivo.

Porém, se se aceita o conceito de marginalidade, algumas destas funções perdem grande parte de sua capacidade explicativa, como por exemplo a função de manutenção e reprodução da força de trabalho, para uma população que não se constitui como tal, mesmo no caso de ser considerada como exército industrial de reserva. O mesmo ocorre no caso de funcionar como agente de distensão de conflitos sociais para estas populações, que não parecem ter um grande potencial reivindicativo.

Se por outro lado consideramos que as populações marginais se constituem áreas importantes de consumo (9), pode este fato propiciar uma via de análise das relações prática médica / marginalidade, revelando funções não manifestas da prática médica voltadas para estas populações.

Está demonstrado que os serviços médicos têm uma distribuição assimétrica, tanto em relação a localização geográfica como quanto à qualidade de serviços (15). Para compreender esta situação e tentar modifica-la é necessário conhecer quais são seus determinantes, quais suas relações específicas e quais as modalidades que adotam estes serviços.

Parece-nos então necessário testar, na realidade concreta de populações que contêm um elevado número de "marginais", os conhecimentos produzidos até o momento com respeito às funções de modalidades dos sistemas de atenção a saúde em países dependentes.

OBJETIVOS (3)

- 1) Identificar as modalidades de consumo de serviços de saúde em populações ditas marginais, e relacioná-las com a inserção dos indivíduos no mercado formal de trabalho e com a acessibilidade geográfica aos equipamentos de saúde.
- 2) Analisar os mecanismos segundo os quais os serviços públicos, beneficentes e privados induziriam o aumento do consumo de saúde.
- 3) Observar se estas populações constituem mercado capaz de manter médicos em exercício liberal da profissão.
- 4) Investigar se os serviços prestados a estas populações dão ênfase aos aspectos preventivos, no sentido de proteger aos demais segmentos da sociedade.
- 5) Relacionar a prática médica definida nos objetivos anteriores com suas funções não manifestas.

DESCRIÇÃO DA ÁREA (4)

A Cidade do Salvador vem sofrendo, desde os meados da década de 60, um rápido processo de industrialização, caracterizado principalmente pela introdução de tecnologia poupadora de mão-de-obra (7). A massa de migrantes que afluem das zonas rurais, não absorvida pelo mercado em desenvolvimento, instala-se em áreas definidas da cidade.

O Nordeste de Amaralina é um bairro situado na zona Leste de Salvador, como parte do Distrito de Amaralina, com uma população atualmente estimada em 60.000 habitantes (6). Essa população é constituída principalmente por menores de 15 anos (47%) e o número médio de pessoas por família é de 6,3. Quase 40% das pessoas acima de 7 anos são analfabetas. A renda média mensal da metade da população se situa abaixo do salário mínimo regional (6).

É uma zona de desenvolvimento urbano desorganizado, tendo sido ampliado na década de 60 através de ocupação por "invasões" sucessivas.

Apenas 37% das casas possuem água encanada, sendo o abastecimento também realizado por meio de chafariz (33%) e poços (26%). Os dejetos são recolhidos em fossa negra e não existe um sistema de limpeza pública. A maior parte das residências são casebres de terra batida, apesar de próprias em 68% dos casos (6).

10.

É uma área de topografia acidentada, estendendo-se desde uma encosta frente ao mar até uma recente avenida de vale. As ruas não possuem qualquer espécie de revestimento, à exceção dos 2,5 quilômetros asfaltados da via principal.

O Nordeste de Amaralina dispõe atualmente do 9º centro de Saúde (Secretaria de Saúde Pública) e do Posto de Saúde da Prefeitura Municipal do Salvador, além de organizações caritativas religiosas, prestando serviços de saúde à população.

METODOLOGIA (5)1. ÁREAS DE ANÁLISE.

O mercado de saúde pode ser analisado em função das modalidades de participação, através do estudo de produtores e consumidores dos serviços. Entretanto, torna-se necessário também o estudo das características físicas dos serviços, em termos de qualidade, localização e condições de acessibilidade dos equipamentos disponíveis.

O polo consumidor desse mercado será estudado em relação a variáveis sócio-econômicas (história migratória, história ocupacional, renda, etc. .) e variáveis relacionadas à saúde (cobertura assistencial, relacionamento com os serviços de saúde, roteiro de procura de assistência, etc.). As informações referentes à situação sócio-econômica dos consumidores propiciarão o estudo das suas relações com o sistema produtivo, caracterizando a sua inserção no mercado de trabalho. Os dados sobre o consumo de saúde expressarão o ponto de vista dos que participam desse mercado sobre: a) seleção dos serviços; b) a motivação para a procura; c) o próprio roteiro cumprido; d) a atitude frente a atenção recebida e e) os resultados obtidos em relação ao problema de saúde.

Os produtores formais podem ser classificados em:

a) Serviços públicos - Centros e postos de saúde, agências estatais de prestação de serviços de saúde; b) Serviços assistenciais - Organizações civis e religiosas que prestam assistência de cunho caritativo ou beneficente.

c) Serviços previdenciários - Agências de prestação de serviços tipo seguro social ou a ele vinculados. d) Serviços privados - Clínicas e consultório privados, que prestam assistência em bases "liberais".

As três primeiras modalidades serão estudadas em relação às características da sua prática de prestação de serviços, com especial referência às funções ideológicas destas instituições. As variáveis que dizem respeito aos serviços privados se concentrarão em a) dados biográficos; b) aspectos de formação do profissional; c) sua relação com o mercado de trabalho, e d) as características da sua prática médica no relacionamento com a população em estudo.

2. DESENVOLVIMENTO DA INVESTIGAÇÃO

2.1 - Seleção dos Consumidores

2.1.1 - Informantes primários serão selecionados por ocasião do seu comparecimento para atendimento em Instituições existentes na área.

2.1.2 - Estes, referindo os seus domicílios, permitirão a escolha de outros informantes, que residam nas adjacências do informante primário;

2.1.3 - Histórias de caso serão recolhidas desses informantes durante um número de visitas domiciliares considerado suficiente.

2.2 - Seleção dos Produtores:

- 2.2.1 - As informações referentes à procura recente de assistência à saúde por parte dos informantes indicarão outras agências que serão abordadas por nosso estudo, além daquelas já catalogadas no levantamento da área.
- 2.2.2 - As instituições e agências de saúde referidas e aquelas que serviram como ponto inicial da investigação (as relacionadas no levantamento inicial da área) serão estudadas por meio de: a) análise de conteúdo de regulamentos, normas e outros documentos; b) análise da rotina; c) entrevistas com produtores diretos e funcionários administrativos e d) observação participante.
- 2.2.3 - Os serviços privados referidos serão, na medida do possível, localizados e investigados através de: a) entrevistas com os profissionais e b) observação participante, sob forma de uma consulta médica.

BIBLIOGRAFIA (6)

1. QUIJANO, Anibal - La Formación de un universo marginal en las ciudades de América Latina "Espaces et Societés" nº 3 Julho 71 - Paris.
2. SINGER, Paul - Urbanización, Dependencia y marginalidad en América Latina .
3. LASTELLS, Manuel - "La Urbanización dependiente en América Latina" publicado por "Espaces et Societés" nº 3, Julho 1971 - Paris.
4. CARDOSO, F.H. Faletto - Dependência e Desenvolvimento na América Latina - Bahia 1975 3a. edição.
5. KOWARICK, Lucio - Capitalismo e Marginalidade na América Latina - Paz e Terra 1975.
6. BAHIA - Censo do Nordeste de Amaralina. Departamento de Medicina Preventiva da UFBA. Salvador, 1973 . (não publicado).
7. JELIN, Elizabeth - Formas de Organização da Atividade Econômica e Estrutura ocupacional. Estudos do CEBRAP nº 9 . 1974

BIBLIOGRAFIA (6) cont.

8. ALTHUSSER, L.- Ideologia y aparatos ideológicos del Estado. Estudios Interdisciplinarios 1:101-37, 1973
9. CARO, G.- La Medicina Impugnada. Barcelona Ed. Laia 1972.
10. FOUCAULT M.- Surveiller et punir. Ed. Gallimard Paris 1975
11. " - Conferências no Instituto de Medicina Social da da UERJ, Rio de Janeiro, 1975
12. LUZ, Madel - Saúde e Estado Capitalista: As Instituições Médicas no Brasil , Rio , 1976 -(mimeo).
13. GARCIA J.C. - La educacion médica em América Latina Washington D.C. OPS 1972 (Publ. Cient nº 255)
14. EIBENSCHUTZ, C. - "Practica Médica" Módulo de la Maestría em Medicina Social UAM-X 1976 México
15. AROUCA S. - O Dilema Preventivista - Tese de doutoramento apresentada a Universidade de Campinas.