

LEILA DA COSTA FERREIRA

AS CAMADAS POPULARES E A DOENÇA

UM ESTUDO DE CASO

Este exemplar corresponde a Redação final da Tese defendida pela Srta. Leila da Costa Ferreira e aprovada pela Comissão Julgadora.

Campinas, 28 de julho de 1986.

Daniel J. Hoffa

LEILA DA COSTA FERREIRA

AS CAMADAS POPULARES E A DOENÇA

UM ESTUDO DE CASO

ORIENTADOR - DANIEL JOSEPH HOGAN

Dissertação de Mestrado em Sociologia apresentada ao Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas.

CAMPINAS

1.986

A MEUS PAIS

Sempre grandes amigos

"O curso de pós-graduação é uma volta ao desconhecido, é uma tomada de consciência da nossa própria ignorância. É um desafio àquilo que criamos ou pensávamos saber".

Cláudio Moura Castro

## AGRADECIMENTOS

Esta dissertação de mestrado contou com o apoio de algumas Instituições. A primeira, a Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, através do Programa de Pós-Graduação em Sociologia oferecido pelo Instituto de Filosofia e Ciências Humanas - IFCH a que me vinculei para realizar o Mestrado contribuindo, juntamente com outros colegas, para criação de um novo espaço de produção científica voltado à investigação da questão da População e Ecologia. A segunda, o Conselho Nacional de Pesquisas Científicas e Tecnológicas - CNPq, que me concedeu bolsa possibilitando o início de uma instrumentalização teórica nos cursos realizados para o referido programa. A terceira, a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP, através da concessão de um financiamento imprescindível, destinado especificamente à realização da pesquisa.

Tive a oportunidade de contar, neste trabalho, com a orientação de Daniel J. Hogan, que alia à sua grande responsabilidade e exigência um comprometimento com o orientado, tanto a nível profissional como humano, além de possuir a lucidez do pesquisador de grande sensibilidade.

Agradeço também às pessoas que leram várias partes desta dissertação, tecendo comentários e sugestões, que de uma forma ou de outra, integram o produto final:

Neide Lopes Patarra, Sérgio Miceli, Edmundo F. Dias e  
Ralph Hakkert.

Agradeço a Maria José de Oliveira Campos e Luís  
Marcelo de Carvalho do Departamento de Ecologia da UNESP  
de Rio Claro que discutiram comigo as primeiras idéias do  
projeto de pesquisa.

Ao Núcleo de Estudos de População - NEPO da Uni-  
versidade Estadual de Campinas e ao Departamento de Plane-  
jamento da UNESP de Rio Claro que forneceram os dados im-  
prescindíveis ao entendimento das condições sócio-econômi-  
cas do município onde foi realizada a pesquisa.

Aos médicos e funcionários do Centro de Saúde  
de Rio Claro, aos membros dos Partidos e Pastoral que me  
atenderam e responderam pacientemente às minhas pergun-  
tas.

Ao Fernando Sampaio da Costa Ferreira que além  
de ser um excelente fotógrafo (e meu pai), deu-me a oportu-  
nidade de visitar comigo os bairros periféricos de Rio  
Claro e tecer comentários sempre valiosos.

À população entrevistada de Rio Claro devo um  
agradecimento especial. A parte a situação de pesquisa,  
com muitos deles desenvolvi um relacionamento amistoso.  
Eles contribuíram decisivamente para que esse trabalho se  
realizasse. Fizeram-me chegar a um questionamento de ní-  
veis da realidade social de grande importância para minha  
formação como pesquisadora e também para a minha formação  
pessoal.

Quero lembrar também a colaboração constante

que recebi de todos os funcionários do IFCH, principalmente da secretaria de pós-graduação.

A Elâine Brigatto que datilografou o texto em tempo recorde e o fez de maneira eficaz.

Aos meus amigos sempre presentes que sem dúvida, contribuíram de diversas formas na realização desta dissertação.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	1
DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA.....	4
1. INTRODUÇÃO BIBLIOGRÁFICA.....	7
1.1. Causalidade e Epidemiologia: Alguns Aspectos do Debate.....	7
1.2. Formas de Entendimento da Doença.....	13
1.3. As Doenças, Os Doentes e a Estrutura Social.....	24
1.4. As Classes Sociais e a Doença: Referências ao Enfoque Teórico-Metodológico Adotado.....	34
2. A REPRODUÇÃO SOCIAL E A QUALIDADE DE VIDA URBANA...	43
2.1. O Local de Estudo.....	43
2.2. A Migração.....	51
2.3. Condições de Saúde e a Qualidade de Vida no Meio Urbano.....	58
3. A DOENÇA - AS DIMENSÕES DO PROBLEMA.....	76
4. A ESQUISTOSSOMOSE MANSÔNICA NO MUNICÍPIO DE RIO CLARO.....	89
4.1. O Surgimento da Esquistossomose Autóctone no Município de Rio Claro.....	89
4.2. A Reprodução do Cotidiano e a Doença.....	99
4.3. Reprodução Cultural e Reprodução Social.....	138
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	155
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	160

Anexo

## ÍNDICE DAS TABELAS

- Tabela 1 - Razão padronizada de mortalidade em homens e mulheres casados de 15 a 64 anos. Inglaterra e País de Gales, 1970-1972..... 29
- Tabela 2 - Razão padronizada de mortalidade por "classe social" - Inglaterra-Gales, em homens de 14 a 64 anos, 1921 a 1972..... 31
- Tabela 3 - Abastecimento de Energia Elétrica em domicílios particulares no Estado de São Paulo e município de Rio Claro (1970 e 1980).... 45
- Tabela 4 - Abastecimento de água em domicílios particulares no Estado de São Paulo e município de Rio Claro (1970 e 1980)..... 46
- Tabela 5 - Instalação sanitária em domicílios particulares no Estado de São Paulo e município de Rio Claro (1970 e 1980)..... 47
- Tabela 6 - Tipo de construção de domicílios particulares no Estado de São Paulo e município de Rio Claro (1970 e 1980)..... 50
- Tabela 7 - Porcentagem de não-naturais do município de residência atual e por situação de origem e de residência para o Estado de São Paulo, Região Administrativa de Campinas e município de Rio Claro (1970 e 1980)..... 54
- Tabela 8 - Não-naturais do município de residência

atual, por <u>procedência</u> , para o Estado de São Paulo, Região Administrativa de Campinas e Município de Rio Claro (1970 e 1980 e maiores de 10 anos).....	56
Tabela 9 - Infecção por <u>S.mansoni</u> notificada ao Centro de Saúde no município de Rio Claro, segundo a idade.....	94
Tabela 10 - Ocupação dos indivíduos infectados por <u>S.mansoni</u> notificados ao Centro de Saúde do município de Rio Claro.....	95
Tabela 11 - Local de suspeita de infecção por <u>S.mansoni</u> notificados ao Centro de Saúde do município de Rio Claro.....	97
Tabela 12 - Fatores de relevância na transmissão da doença.....	107
Tabela 13 - Perfil sócio-demográfico dos entrevistados.....	109
Tabela 14 - Opiniões dos doentes sobre a transmissão da esquistossomose.....	116
Tabela 15 - Opiniões dos doentes sobre os meios para se manter em boa saúde.....	117
Tabela 16 - Alimentos bons para a saúde, de acordo com os doentes.....	118
Tabela 17 - Opiniões sobre quantas vezes por ano deve se consultar um médico.....	119
Tabela 18 - Opiniões para que serve o Centro de Saúde.	120

## ÍNDICE DAS FIGURAS

Figura 1 - Localização dos criadouros de Planorbídeos no município de Rio Claro e residência dos entrevistados.....	98
---	----

## ÍNDICE DOS GRÁFICOS

- Gráfico 1 - Número de indivíduos infectados por S.man  
soni e notificados ao Centro de Saúde pa  
ra o município de Rio Claro.....91
- Gráfico 2 - Número de indivíduos, por sexo, infecta-  
dos por S.mansoni e notificados ao Centro  
de Saúde, para o município de Rio Claro..93

## INTRODUÇÃO

O ponto de partida do presente trabalho não foi uma hipótese formal derivada da teoria, mas um problema definido a partir da percepção imediata e prática da realidade que serviu como campo de observação: alguns bairros de periferia do município de Rio Claro (SP). Tal problema derivou da constatação de um acentuado contraste existente na população urbana da referida área: de um lado, uma população que vive em razoáveis condições do ponto de vista da qualidade de vida e, de outro, uma parcela, cada vez maior da população, vivendo em precárias condições na periferia da cidade.

Essa constatação faz-se acompanhada da consideração simultânea, que já em princípio define-se como relevante para a explicação do referido contraste: que o município caracterizou-se como uma área urbano-industrial emergente e tem recebido na última década razoável contingente migratório.

A percepção deste conjunto integrado de elementos, que serve de ponto de partida para o trabalho que se pretendeu realizar, resultou de uma experiência passada com um trabalho epidemiológico sobre esquistossomose no local, referenciada numa preocupação com a definição de um tema de investigação que estivesse diretamente vinculado com o problema da qualidade de vida no meio urbano para as populações mais carentes.

Em última instância, o que se propôs investigar

foram alguns aspectos decorrentes da existência de uma parcela da população que vive em precárias condições de vida na periferia do município. Optou-se, então, por fazer um recorte e analisar a questão da disseminação no município da esquistossomose mansônica, dado o grande número de indivíduos acometidos pela doença encontrados na área.

No entanto, chamou atenção na época o profundo desconhecimento existente na população no tocante à doença, apesar da ampla preocupação da mesma com respeito a conduta higiênica, com a dieta, com os alimentos.

Este interesse inicial acabou gerando a necessidade de um estudo mais sistemático, cuja preocupação básica seria, a de compreender as condições de produção e reprodução dessa doença no município.

É conhecido que uma pesquisa propriamente dita inicia-se a partir do momento em que se delinea o campo teórico com que se há de operar.

A exigência de buscar a teoria, define-se pela necessidade de elaborar determinações abstratas com os quais se retorna ao ponto de partida, visando apreendê-lo não pela percepção imediata, mas como um todo articulado e compreendido.

Os resultados deste trabalho ressentem-se, no entanto em extremo do contexto no qual foi escrito. Em primeiro lugar, pelas próprias limitações de uma dissertação de mestrado e, em segundo lugar, pelo próprio desenvolvimento da produção na área. Ou seja, quando na ocasião da realização do levantamento bibliográfico deparou-se frequentemente com dois tipos de abordagem da questão: a hegemonia de uma epistemologia empiricista e positivis-

ta sobre a produção e reprodução das doenças, representada pela análise biológica e ecológica ou, com trabalhos que se utilizam de determinações gerais abstratas do processo de produção para a análise do processo saúde-doença (representada pelo que se convencionou denominar de epidemiologia social).

Com o risco de tornar longa esta discussão, já que o primeiro capítulo é especialmente dedicado a tentativa de demonstrar o desenvolvimento dos trabalhos realizados na área, mas acreditando-a importante para situar o leitor, cabe mencionar, pelo tipo de recorte realizado na situação social estudada, que a pesquisa procurou analisar a produção e reprodução da esquistossomose nas camadas populares através da compreensão de concepções, normas e práticas relativas à saúde da população estudada.

Utiliza-se como referencial a análise de alguns autores<sup>(1)</sup> que entendem que a percepção da doença, o recurso médico, o consumo de medicamentos, enfim toda a constelação de atos e representações que constituem as práticas de saúde de uma população estão intimamente imbricados como produtos e mecanismos de reprodução a uma estrutura de classes. Porém, acreditam que se deva captar tal va-

---

(1) Veja principalmente: Boltanski, L. As Classes sociais e o corpo. Graal Ed. Rio de Janeiro, 1979. Boltanski, L. Prime éducation et morale de classe. Ed. Mouton et Cie. Paris. 1968.

riação não apenas como devido às diferentes condições materiais de existência, mas também através de relações simbólicas que se organizam nos termos de uma lógica redutível às relações econômicas.

## DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

Com esta preocupação a pesquisa desenvolveu-se em duas etapas. Na primeira etapa teve-se como objetivo: entender a instalação da esquistossomose mansônica autóctone no município como decorrente de processos sociais que estruturam o espaço urbano e delimitam os contornos da qualidade de vida nesse espaço recortado pelas desigualdades sociais. Utilizou-se da análise e da comparação de dados obtidos por diferentes trabalhos já desenvolvidos na área.

Tomada a área como unidade de análise utilizou-se de dados epidemiológicos já levantados<sup>(2)</sup> e de alguns

---

(2) Ver trabalho realizado pela presente autora: FERREIRA, L.C.; PIGNATTI, M.G. e YAMASHITA, M. A esquistossomose mansônica no município de Rio Claro. Anais da 34<sup>a</sup> Reunião Anual da S.B.P.C.; Campinas; 1982 e CARVALHO, L.M. Relatório apres. à disciplina Epidemiologia de Doenças Parasitológicas no curso de Pós-Graduação em Parasitologia. UNICAMP, 1984 (mimeogr.).

dados sócio-econômicos e demográficos<sup>(3)</sup> objetivando a caracterização do local e o conhecimento de alguns aspectos do processo de industrialização emergente nesta última década, que se considera importantes para a compreensão da análise social da esquistossomose.

Com esta preocupação, o presente trabalho realizou entrevistas com pacientes notificados com esquistossomose pelo Centro de Saúde do município. Optou-se por entrevistar os 40 doentes notificados nos últimos 12 meses, o maior número encontrado anualmente nestes últimos 10 anos.

As entrevistas foram todas realizadas no local de moradia. A pessoa interrogada foi, na maior parte dos casos, o doente e, em alguns casos (doente ausente ou mesmo doente criança) a esposa ou a mãe a quem é delegada em quase todos os lares a função sanitária.

O esquema da entrevista usado na pesquisa compreendia a história sanitária da família, o consumo de cuidados médicos e as atitudes em relação aos médicos e a

---

(3) Ver sobre o município alguns estudos recentes: HAKKERT, R.; SYDENSTRICKER, J. e ROCHA, M.J. *Perfil Sócio-Econômico de Rio Claro. Textos NEPO 2*. UNICAMP, Campinas; 1985 e Departamento de Planejamento UNESP e Prefeitura Municipal. *Levantamento Sócio-Econômico. Rio Claro; 1984.*

doença, os conhecimentos sanitários, a higiene e a medicina preventiva. No final de cada entrevista, foram também colhidas informações sobre a história da família, a instalação e o equipamento da casa, o orçamento familiar. Procedeu-se, durante cada um desses contatos, a uma noção mais próxima de como são as concepções, práticas e normas relativas à saúde desta população (Anexo I).

Foram efetuadas também entrevistas com alguns agentes institucionais e, ainda, com membros diferenciados da população ligados a organizações populares (partidos políticos, organizados em núcleos de bairros, pastoral da saúde) que trabalham com a questão da saúde. Tentando, dessa forma, identificar os mecanismos pelos quais a divisão de classes é barreira à prevenção, identificação, encaminhamento e tratamento da doença.

Dessa forma, o presente trabalho, ciente das limitações de um estudo de caso, pretende mostrar como a produção e a reprodução da esquistossomose nas camadas populares está intimamente ligada a uma estrutura de classe através, de um lado, do uso do corpo, cujas determinações primeiras podem ser buscadas no sistema produtivo e de outro, na própria medicina científica que do ponto de vista ideológico tem sobre aquele um controle quase absoluto.

## 1. INTRODUÇÃO BIBLIOGRÁFICA

### 1.1. Causalidade e Epidemiologia: Alguns aspectos do debate.

Diversos estudiosos tem apontado os anos 60, e especialmente a década de 70, como um marco dos mais importantes avanços em direção a um efetivo posicionamento crítico sobre a questão da saúde e de suas instituições utilizando-se do referencial das ciências sociais, numa perspectiva que privilegiou a vinculação dessas questões às questões estruturais. É interessante observar que este posicionamento irá ocorrer, tanto nos países avançados, quanto nos países capitalistas periféricos, gerado pelo que se denominou a "crise da medicina". Obviamente, a problemática do setor saúde apresenta-se de forma distinta, refletindo a realidade de cada país.

A crise é, na verdade, das condições de vida e, portanto, de saúde, de maior parte da população. A crise da saúde é, muitas vezes, ideologicamente mascarada sob a forma de uma crise da medicina, quando esta que sem dúvida existe, constitui apenas uma das dimensões de um problema social de proporções infinitamente maiores.

O que se procura situar é que este será um período de retomada e de amplas e profundas revisões. Seguno

do DUARTE<sup>(4)</sup> a anterioriedade de estudos e análises sociológicas do processo saúde-doença e da prática médica é reconhecido, porém, o que se coloca para uma determinada linha de pesquisadores é a compartimentalização com que vinham sendo analisadas as relações entre saúde e sociedade. Portanto, o que geralmente se reconhece é que a partir de determinado momento, a saúde e suas instituições começam a ser revistas criticamente.

De acordo com LAURELL<sup>(5)</sup>, esta reflexão crítica nos países latino-americanos surgiu como resposta a quatro grupos de fatos: da observação de que a posição de classe explica muito melhor que qualquer fator biológico a distribuição da doença na população e o tipo de patologia predominante; do equívoco da suposição "desenvolvimentista" de que as condições de saúde coletiva melhorariam como resultado automático do crescimento econômico; da percepção de que o desenvolvimento da atenção médico-hospitalar não implicou num avanço substancial na saúde da população coberta por ela; e finalmente, da noção de que a distribuição destes serviços entre as diferentes camadas e classes sociais não depende de considerações técnicas e científicas, mas, principalmente, de considerações econô-

---

(4) DUARTE, E.N. Medicina Social - Aspectos Históricos e Teóricos. Global Ed. São Paulo. 1983.

(5) LAURELL, A.C. Presentación. Citada por Duarte, E.N. idem.

micas, políticas e ideológicas.

Portanto, a determinação estrutural da produção e distribuição da doença passa a merecer atenção especial. Este repensar será acompanhado de uma crítica à visão essencialmente biológica da saúde e da doença e da prática correspondente, pois, não se pode negar que estão profundamente relacionadas. Enfim, a doença não pode ser tratada como um problema biológico e individual. Há que se definir a dimensão coletiva do processo saúde-doença e sua determinação social.

Dessa forma, o questionamento das precárias situações de saúde de amplos contingentes da população, das instituições de saúde, das políticas de saúde foi, acompanhado pelo próprio questionamento das abordagens teóricas utilizadas.

Sinteticamente tem-se explicitado os determinantes do estado de saúde em termos de fatores ligados à chamada estrutura epidemiológica das doenças, entendida como relações que se estabelecem a partir de características dos três elementos fundamentais que a compõe - o agente, o suscetível e o meio<sup>(6)</sup>.

A epidemiologia moderna tem por objetivo o estudo da distribuição da enfermidade e dos determinantes de

---

(6) SUSSER, M. *Causal Thinking in the Health Sciences*. Oxford University Press. N.York. 1973.

sua prevalência no homem. Entretanto, segundo BARRETO<sup>(7)</sup> o conceito de determinantes não é desenvolvido e, em seu lugar, surge o conceito de causas, pouco claro, apesar de que, por definição, é um dos fundamentos do conhecimento e da prática epidemiológica.

Os estudos multicausais, quando se procura analisar a influência de diversas variáveis sobre um único evento em um mesmo momento, tem sido da mais difícil operacionalização devido a questões metodológicas, apesar de já estarem desenvolvidos os conceitos relativos a multicausalidade.

A relação causal, da forma anunciada pela epidemiologia, apresenta limitações. De acordo com BUNGE<sup>(8)</sup>, a assimetria é profundamente mecanicista e diverge da essência da dialética, em que o efeito não é uma simples consequência, mas sim o resultado da interação dinâmica da ação com a reação. Além disso, a importância das variáveis utilizadas tem os seus fundamentos em evidências várias, em geral, somente empíricas, sem vinculação com categorias previamente definidas.

Assim, a explicação de um dado quadro de saúde

---

(7) BARRETO, L.M. Esquistossomose mansônica: Distribuição da Doença e Organização Social do Espaço. Dissertação de Mestrado. 1982. (mimeogr.)

(8) BUNGE, M. Causalidad. Ed. Buenos Aires. Buenos Aires. 1972.

de uma coletividade, medida por indicadores de morbidade e/ou mortalidade, tem atribuído invariavelmente a um dos elementos da estrutura epidemiológica responsabilidade pela situação, independente de se considerar a multiplicidade das possíveis relações que se estabelecem entre eles. Em outras palavras, as teorias que tentam explicar o fenômeno não tem levado em conta seu significado em termos essenciais, ou seja, não tem considerado como fenômeno que são, ao mesmo tempo, biológico e social.

Apesar do avanço da epidemiologia, no sentido de reconhecer a multicausalidade da maior parte da morbidade contemporânea, não tem recebido a devida atenção o estudo das relações entre fatores "causais".

Criticando a metodologia em voga, AROUCA<sup>(9)</sup> diz:

"A noção de causa em epidemiologia distribui os caracteres dos elementos em um espaço plano de identidades de essências, ou seja, iguala-se o estado econômico do paciente com o soro que permanece nas seringas, com a higiene deficiente, com as características biológicas do vírus da hepatite, com o conhecimento terapêutico, etc. Diferentes variáveis encontram sua pertinência na estrutura através dos testes es-

---

(9) AROUCA, A.S. O Dilema Preventivista. Tese de Doutorado apres. à UNICAMP. Campinas. 1975. (mimeogr.)

pecíficos e abrem um espaço infinito para novas associações". (pág. 163)

O problema metodológico da avaliação é o mesmo: os atos médicos de toda espécie, o nível de renda, de escolaridade, os serviços sanitários, etc, são todos igualados em seus efeitos sobre o estado de saúde da população, sem que se procure analisar o processo de produção e reprodução social deste estado.

A expressão "produção e reprodução social" não deve ser entendida como uma relação imediata, direta, unívoca, do tipo causa-efeito entre o social e o processo saúde-doença, ou seja, uma relação linear entre o contexto social e o aparecimento ou a produção de doenças.

Entende-se que há uma dupla conotação na relação entre o "social" e o processo saúde-doença, de forma que esta relação deva ser analisada em dois planos: por um lado, cabe considerar as condições econômicas, políticas e ideológicas em que ocorre e se desenvolve o processo saúde-doença. Por outro lado, tem-se a análise das práticas de intervenção e de controle que a sociedade adota frente ao processo mórbido.

Assim entendida essa dupla conotação na relação entre o social e o processo saúde-doença, seja a nível das condições sociais gerais em que se desenvolve a doença, seja a nível das práticas historicamente definidas para enfrentar o problema, interfere na explicação que se elabora sobre o processo mórbido condicionando, assim, o próprio saber, a visão teórica do que seja a doença.

## 1.2. Formas de Entendimento da Doença

O conceito de doença e a concepção de suas causas tem variado em diferentes momentos históricos e em diferentes sociedades.

No século XVIII, o processo epidêmico era definido da seguinte maneira: "...dá-se o nome de doenças epidêmicas a todas aquelas que atacam ao mesmo tempo e com características imutáveis, grande número de pessoas" (10, pg. 1).

FOUCAULT<sup>(11)</sup>, comentando essa definição, ressalta que a epidemia, mais que uma forma particular de doença, é um modo particular de ver a doença.

Não há diferença de natureza ou de espécie entre uma doença individual e um fenômeno epidêmico ou endêmico: uma afecção esporádica que se reproduza algumas vezes e simultaneamente é uma endemia<sup>(12)</sup>.

A percepção do fenômeno passa de uma percepção essencial (qualitativa) para uma percepção cardinal (quan

(10) LE BRUN citado por FOUCAULT, M. O Nascimento da Clínica. Forense/Universitária. Rio de Janeiro. 1980.

(11) FOUCAULT, M. O Nascimento da Clínica. op.cit.

(12) MARSIGLIA, R.G.; BARATA, R.C. e SPINELLI, S.P. Determinação Social do Processo Epidêmico. 18º Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. Ribeirão Preto. 1982. (mimeogr.).

titativa). Para análise de uma doença não se impõe como tarefa reconhecer a forma geral desta, situando-a no espaço abstrato da nosologia, mas reencontrar, sob os signos gerais o processo singular, variável, segundo as circunstâncias de uma epidemia; da causa à forma mórbida, a doença tece em todos os doentes uma trama comum, mas singular, em um momento do tempo e, em determinado lugar no espaço.

Ressalta-se, assim, o caráter particular de cada situação endêmica, o que faz de cada endemia uma singularidade, apesar de em si ela representar uma repetição de "casos idênticos". Nesse sentido, FOUCAULT<sup>(13)</sup> acrescenta:

"A epidemia tem uma espécie de individualidade histórica. Daí a necessidade de usar com ela um método complexo de observação. Fenômeno coletivo, ela exige um olhar múltiplo; processo único, é preciso descrevê-la no que tem de singular, acidental e imprevisto". (pg. 27)

Fica claro, portanto, que antes de significar apenas uma repetição de casos, um fenômeno com dimensão exclusivamente quantitativa (número grande de casos de uma doença), o processo endêmico e, mesmo epidêmico, representa um modo particular de ocorrência da doença no coletivo. A dimensão quantitativa do processo dá a ele uma

---

(13) FOUCAULT, M. *op.cit.*

nova dimensão qualitativa.

A endemia enquanto fenômeno coletivo exige de um lado, um método complexo de investigação; obter uma informação acumulativa e constantemente revisada, totalizar os acontecimentos e estabelecer uma rede causal; de outro o desenvolvimento de práticas de intervenção constante e coercitivas.

A mudança no "modo de ver a doença", a constituição de um método complexo de observação dos fenômenos, bem como a constituição de um corpo de profissionais com autoridade reconhecida a nível do Estado, para interferir no processo estão internamente relacionadas às exigências colocadas pelas transformações econômicas, sociais e políticas do século XVIII, principalmente, o desenvolvimento da industrialização, a constituição dos Estados modernos com suas novas tarefas perante a sociedade.

Coube ao século XIX desenvolver a idéia da medicina como ciência social e, formular com maior precisão e clareza o conceito de medicina social surgido na França no bojo das idéias revolucionárias. Mas é na Alemanha, durante o período revolucionário da metade do século XIX, que a concepção de medicina social foi bastante desenvolvida, principalmente, por médicos engajados no processo revolucionário.

Na Inglaterra essa concepção de medicina social sofreu um novo desdobramento. A abordagem social da saúde e da doença avançou e, muitos autores reconheceram que as condições econômicas e sociais estavam intimamente rela-

cionadas com a prevalência das doenças e que estas relações deveriam ser objeto de investigação científica. Entretanto, a idéia de que a saúde da população era responsabilidade social e de que para prevenir as doenças e promover a saúde eram necessárias medidas médicas e sociais, teve mais dificuldade em ser aceita, sendo reinterpretada e reduzida em reformas sanitárias.

Nos momentos de crise, o social emerge com maior intensidade e constância na interpretação dos diferentes campos de atividades humanas, inclusive na medicina. Fora dos momentos de crise a tendência é reduzir a importância e, principalmente a totalidade do social a simples fatores coadjuvantes do processo.

Enfim, CANGUILHEM<sup>(14)</sup> sintetiza essa variedade de concepções e formas de representar a doença em duas principais entre as quais o pensamento médico tem oscilado: a concepção ontológica que concebe a doença como algo entrando ou saindo do homem e a concepção dinâmica, fundamentada da idéia de equilíbrio de forças, tanto interiores, como exteriores, onde a doença representaria um momento de desequilíbrio.

A concepção ontológica teve um importante marco no final do século XIX, quando os novos e revolucionários conhecimentos em todas as áreas das ciências naturais,

---

(14) CANGUILHEM, G. O Normal e o Patológico. Forense/Universitária. Rio de Janeiro. 1978.

até então acumulados, levam à descoberta dos micróbios, tornando possível, a partir de então, relacionar-se a ocorrência de doenças transmissíveis com agentes etiológicos específicos. Como consequência gerou-se um modelo geral de causação das doenças, que postulava que cada doença era causada por um agente específico e, que cada agente causava uma doença específica. Privilegiava-se a interação do agente com o organismo humano, ignorando-se todos os demais fatores que entravam em jogo no mecanismo de transmissão, como também, os conhecimentos até então acumulados sobre a importância dos fatores sociais na causação das doenças.<sup>(15)</sup>

Já no século XX vários modelos explicativos do processo saúde-doença, quer se destinem à compreensão da doença no indivíduo, quer objetivem a explicação do fenômeno coletivo, incorporam aspectos sociais ou mesmo a idéia mais totalizada do social.

Nesse mesmo tempo desenvolvia-se a Ecologia que se voltava para o estudo da estrutura e função da natureza e, também preocupada em entender a interação dos seres vivos entre si e com o ambiente em que os rodeia.<sup>(16)</sup>

---

(15) CREVENNA, P.B. *Algumas considerações sobre la evolución del concepto de epidemiologia. Saúde em Debate.* 4: 35-38, 1977.

(16) ODUM, E.P. *Fundamentals of Ecology.* University Press. N. York. 1978.

A assimilação dos conceitos ecológicos faz-se de imediato "como respuesta a la necesidad de lograr una explicación mas coerente de los fenómenos de salud - enfermedad". (17, pg. 37).

E, irá permitir a gestação da história natural das doenças e do modelo de causalidade múltipla. Não mais um fator seria a causa da doença, mas sim uma série deles, tanto aqueles intrínsecos ao agente e ao hospedeiro, como aqueles referentes à nova dimensão - o ambiente, em suas vertentes físico-químicas, biológicas e sociais. Surgia a famosa tríade ecológica (Agente - Ambiente - Hóspede), base de todo o pensamento epidemiológico moderno. (18).

A influência da teoria ecológica no estudo das doenças transmissíveis e, mais especificamente sobre o grupo das doenças parasitárias transmitidas por vetores tem sido marcante e, em muito, tem contribuído para o conhecimento dos mecanismos de transmissão, bem como, na definição das ações para seu controle.

O mais totalizante marco teórico que orienta os estudos epidemiológicos do grupo das doenças transmissíveis tem sido a "teoria dos focos naturais", desenvolvida por PAVLOVSKY<sup>(19)</sup>, na década de 1930 na União Soviética.

---

(17) CREVENNA, P.B. *op.cit.*

(18) LEAVELL, H. e CLARK, E.G. Medicina Preventiva. McGrawhill do Brasil. São Paulo. 1976.

(19) PAVLOVSKY, F. Natural Nidality of Transmissible Disease. Peace Publishers. Moscow. 1964.

Em resumo, afirma que os agentes de tais doenças desenvolvem-se em ambientes naturais definidos (biocenoses) que ofereçam as condições necessárias e suficientes para sua circulação, momento em que formariam, em interação com a biocenose, um complexo denominado patobiocenose. O homem, ao penetrar nesse ambiente, poderia vir a entrar no espiral de circulação do agente, tornando-se seu portador.

No Brasil autores como PESSÓA<sup>(20)</sup> não só enfatizam o fato de ser a infecção basicamente uma questão ecológica, como em várias oportunidades utilizam-se dos conceitos da doutrina dos focos naturais. De modo geral, pode-se dizer que o marco ecológico, para interpretação da causalidade das doenças em suas várias versões, padece de uma deficiência fundamental: falta-lhe um explícito conteúdo histórico<sup>(21)</sup>. Como consequência da presença do homem em novos ambientes, rompe-se os equilíbrios naturais até então existentes e o espaço passa a ser recondicionado em função das necessidades sociais. Entretanto, a ecologia tem tido a dificuldade de introduzir a participação do homem nos seus sistemas, mesmo aqueles que resistem a soluções biologicistas.

---

(20) PESSÓA, S.B. *Ensaíos Médico-Sociais*. CEBES/HUCITEC. São Paulo. 1978.

(21) CARVALHEIRO, J.R. *Disseminação de Doenças através de Migrações*. Apres. Seminário sobre Transmissão e Controle de Doenças Tropicais. Brasília. 1980. (mimeogr.)

Para ENZENSBERGER<sup>(22)</sup>,

"in the case of man, the mediation between the whole and the part between sub system and global system, cannot be explained by the tools of biology. This mediation requires an elaborated social theory and at very least some basic assumption about the historical process" (pg. 17).

HOGAN<sup>(23)</sup> comenta que, em primeiro lugar, deve-se fazer umas distinções entre o social e o ecológico, com a intenção de explicitar como populações humanas, embora sujeitas às mesmas leis que todos os seres vivos, tem características únicas que condicionam a sua adaptação ao ambiente. A formulação mais abrangente, mais geral da questão é melhor compreendida se inclui a análise social na explicação. É a maneira pela qual uma população se organiza (estrutura de classes sociais) que filtra esses problemas e distribue as suas consequências de maneira desigual.

No modelo da História Natural das Doenças o social participa como um fator causal relacionado ao hospedeiro e ao meio. No hospedeiro o social aparece como uma

---

(22) ENZENSBERGER, H.M. *A critique of political ecology*. New Left Rev. 84: 17. 1974.

(23) HOGAN, D.J. *Problemas Sociais em Ecologia Humana*. Anais da 3ª Jornada Brasileira de Ecologia Humana. Campinas. 1982.

série de traços, tais como, renda, instrução, ocupação, condições de habitação, nutrição, etc... No meio ele aparece como condições que favoreçam ou não o desencadeamento do processo mórbido.

A redução do social a esses fatores-atributos do indivíduo desconhecendo que tais atributos são também histórica e socialmente condicionados, também ocorre em certa medida nas concepções que procuram ver o social como um contexto que envolve globalmente o agente e o hospedeiro, igualando-se às categorias físicas e biológicas.

Ao tratá-lo como uma das categorias que compõe o ambiente, essa concepção acaba por negar a idéia de determinação, na medida em que atribui o mesmo peso na causação do processo mórbido às diversas categorias.

No Brasil, desde meados da década de 50, sob a influência das idéias norte-americanas do movimento da medicina integral e da medicina preventiva, a investigação epidemiológica e as chamadas ciências do comportamento, procuram dar subsídios à ação clínica, no sentido de tornar seu objeto de prática o indivíduo como uma totalidade "bio-psico-social". Nessa situação particular o indivíduo e o coletivo, a clínica e a epidemiologia fazer seu encontro na História Natural.<sup>(24)</sup>

Na epidemiologia, o conceito-chave de "multicau

---

(24) MARSIGLIA, G.R. e col. *op.cit.*

salidade" permite captar a forma de inclusão do social no processo de produção das doenças.

"...sabe-se que o conceito de multicausalidade é passível de críticas. Tais críticas referem-se à parcialização que se efetua na realidade, categorizada em termos de variáveis sócio-econômicas e culturais da mesma forma que as variáveis biológicas. Evidentemente os problemas que acometem os indivíduos em uma dada sociedade não são indiferentes ao seu modo de vida. Entretanto, o modelo de análise dos fatos sociais e psicológicos relacionados com a saúde não permite o reconhecimento da articulação existente entre saúde e estrutura social, levando a uma concepção estática dos problemas médicos, que se resume à descrição formal das relações entre tais problemas e outras esferas da estrutura social" (25, pg. 248).

Essa visão, segundo o mesmo autor, correria o risco de colocar na etiologia das doenças coletivas, atitudes adotadas pelos elementos das classes populares em

---

(25) MARQUES; B.M. "Organização social da atenção médica dirigida ao grupo materno-infantil" in MADEL, T.L. As Instituições Médicas no Brasil. Graal Ed. 1981.

função dos conhecimentos inadequados que possuem, o que traria limitações explicativas para os problemas médicos, na medida em que se apresentam impregnadas de uma ideologia que oculta as verdadeiras relações entre estrutura e reprodução social e saúde.

A perspectiva ecológica tenta superar a nível da pesquisa da doença coletiva, a dicotomia entre indivíduo e a sociedade, buscando uma interligação entre o conhecimento da epidemiologia, sociologia e economia. No modelo ecológico busca-se uma explicação mais abrangente da realidade complexa, na medida em que se coloca a relação de interação agente-hospedeiro em contínua e múltipla interação com o ambiente em que a envolve. A atividade e a sobrevivência dos agentes e hospedeiros dependem do ambiente, são por ele alterados e, por sua vez, alteram também o ambiente. Assim o ambiente passa a ter um papel de maior relevo do que os fatores relativos ao agente e hospedeiro e a relação entre eles é vista de forma dinâmica em processo contínuo de mudança.

No entanto, mesmo esta nova visão da doença mantém a concepção tradicional da saúde como um estado biológico de equilíbrio, num processo de adaptação do organismo ao ambiente.

### 1.3. As Doenças, Os Doentes e a Estrutura Social

Para uma determinada linha de pesquisadores <sup>(26)</sup>, para evitar esse "obscurecimento" da estrutura social na análise epidemiológica, seria necessário superar as limitações da visão ecológica e buscar formas de apreender o papel da produção e reprodução da estrutura social na causalidade das doenças, a nível individual e coletivo. Doença e estrutura social não deveriam ser vistas como dois elementos ou fenômenos distintos, mas como parte de uma mesma totalidade que é histórica e socialmente condicionada.

A utilização pela Epidemiologia de determinadas categorias como "comunidade" e "população" reforçariam a descaracterização do social, uma vez que excluem o conceito de "classe social", ou seja, excluem a idéia de diferenciação social no interior da sociedade pressupondo que ela é homogênea.

Para esses autores, dois aspectos, principalmente, levaram à percepção maior de que o processo saúde-doença não é um fenômeno exclusivamente biológico. Em primeiro lugar, ficou claro que se a enfermidade fosse apenas um fenômeno biológico, deveria afetar em igual proporção a todos os indivíduos enquanto seres biológicos. Sabe-se que há diferenças muito grandes quanto a isso, e que os indivíduos enfermam e morrem desigualmente, por distintos motivos e em diferentes momentos de sua vida.

---

(26) *Principalmente os pesquisadores da epidemiologia social.*

Independente de fatores biológicos ou físicos, como idade, clima e outros, a classe social a que pertencem e o lugar em que residem determinam importantes diferenças na saúde das pessoas. Comenta PEREIRA<sup>(27)</sup>, que está suficientemente comprovado que a forma de viver determina a forma de morrer: de que como e quando morrerá um indivíduo específico. Em segundo lugar, a atenção médica é, além dos conhecimentos próprios de diagnóstico e tratamento, certo tipo de prática que, como tal, é organizado e modelado dentro de cada sociedade. A atenção médica não é assim, um conjunto de medidas e normas abstratas e de validade universal, mas reconhece variações históricas. A sociedade, com sua particular estrutura de classes, fixa as condições em que essa atenção é dispensada: a quem, como e quando.

Na medida em que foram se desenvolvendo nas escolas médicas as áreas referentes à organização da prática médica, a administração dos serviços de saúde, e o estudo do estado de saúde da população, a noção de coletivo ou, mais precisamente, as diferentes noções de coletivo começaram a se impor, contribuindo para que o social não fosse mais visto apenas como um conjunto de fatores que influenciam o indivíduo.

---

(27) PEREIRA, J.C. *Medicina e Sociedade*. Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ribeirão Preto - USP. 1984. (mimeogr.)

Embora a noção de coletivo apresente várias conotações por recorrer a vários campos do saber, que vão desde a ciência natural até a ciência social, torna-se mais vulnerável às influências, políticas e ideológicas. Tal permeabilidade aparecerá a nível de conhecimento da doença, ampliando-se a área de explicação da própria epidemiologia e a nível das práticas de intervenção da realidade.

A partir da década de 60 aparecem portanto, muitos estudos epidemiológicos sobre as condições sanitárias do país, com ênfase crescente nos aspectos sociais. Nesses trabalhos o social é apontado ora como elemento causal, ora como fator desencadeante ou condicionante do comportamento das doenças, ou melhor, de sua distribuição.

A partir da segunda metade da década de 70 as concepções do coletivo como social acentuam-se nos estudos epidemiológicos. A medicina é chamada a responder a conjunturas sociais específicas, principalmente, porque enquanto prática coletiva ela deve intervir no próprio social e, este fato se reflete na produção do conhecimento da área.

Os trabalhos publicados nesse período mostram a preocupação em dar um novo tratamento ao social. As análises do processo saúde-doença tentam ultrapassar os modelos anteriormente utilizados e desenvolver uma epidemiologia designada como social, onde se tenta a apreensão do social na sua totalidade.

Nesse sentido, desenvolveram-se trabalhos prin-

principalmente numa perspectiva marxista. Comentavam alguns pesquisadores<sup>(28)</sup>, que sendo produto direto ou indireto das condições em que se desenvolve determinada classe social, uma doença qualquer só será compreendida no marco do conhecimento das leis estruturais (gerais) e, daquelas que condicionam a reprodução social da classe.

Ao se estudar a mortalidade, portanto, não se poderia perder de vista que, se por um lado a morte encaixada como um fenômeno individual depende de fatores biológicos, quando vista sob o ângulo de um fenômeno coletivo está afetada pelo contexto social em que os indivíduos realizam suas trajetórias de vida. A interação do social com o biológico determina modificações que acabariam por alterar os riscos de morrer dos indivíduos. Começam a serem produzidos, portanto, uma série de trabalhos nessa linha. Dentre eles, situa-se um estudo feito por CELIS e NAVA<sup>(29)</sup> no México. Eles compararam as causas de morte e sua frequência entre frações da população que possuíam seguro de vida privado e uma fração constituída pelos que morreram no Hospital geral da cidade do México: frações

---

(28) Há vários trabalhos nessa linha. Veja, por exemplo, CARVALHEIRO, J.R. Morbidade Referida em Entrevistas Domiciliares e Epidemiologia. Apres. no I Encontro de Epidemiologia Clínica na Escola Paulista de Medicina. São Paulo. 1982. (mimeogr.)

(29) CELIS, A. e NAVA, Y. La Patología de la Pobreza. Revista Médica del Hospital General. 120-124. nº 33. México. 1970.

que representavam a burguesia e as camadas médias, altas e o sub-proletariado urbano respectivamente. Os resultados mostraram que os pacientes do Hospital Geral morrem 30 vezes mais de amebíase, 8 de tuberculose, 6 de hepatite, 4 de infecções respiratórias agudas e, 3,5 de cirrose hepática e doenças reumáticas agudas que os do outro grupo. Os assistidos pelo seguro privado, por seu lado, morrem 3 vezes mais de doenças cardiovasculares e, 2,5 de doenças do sistema nervoso central.

Procurando documentação fora da América Latina, parecem especialmente relevantes dois estudos realizados na Inglaterra<sup>(30)</sup>. O primeiro deles compara a mortalidade, por grupo de causa, entre os distintos setores da população. Pode-se observar que a mortalidade é sistematicamente mais alta entre os operários (Tabela 1).

---

(30) Citado por LAURELL, A.C. "A saúde-doença como processo social". in Medicina Social-Aspectos Históricos e Teóricos. op. cit.

Tabela 1 - Razão padronizada de mortalidade em homens e mulheres casados de 15 a 64 anos, Inglaterra e país de Gales, 1970-1972.

Causa	Burguesia e Camadas Médias Altas	Operários não Qualificados
Câncer	75	130
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	90	130
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos	65	110
Doenças Mentais	70	250
Doenças do Sistema Nervoso	60	150
Doenças do Sistema Circulatório	90	110
Doenças do Sistema Respiratório	80	160
Doenças do Sistema Geniturinário	60	155
Doenças infecciosas e parasitárias	60	200
Acidentes, Envenenamentos e Violência	80	200
Todas as causas	80	140

Fonte: LAURELL, A.C. A saúde-doença como processo social. Medicina Social - Aspectos Históricos e Teóricos. Global Editora. São Paulo. 1983.

O segundo estudo<sup>(31)</sup> mostra o crescimento dos diferenciais de mortalidade entre as classes sociais<sup>(32)</sup> do período de 1921-1972 (Tabela 2). O estudo tenta indicar que os diferenciais de mortalidade entre os grupos sociais não são o resultado de acesso diferente aos serviços médicos. O Serviço Nacional de Saúde, foi desenvolvido na Inglaterra a partir de 1946, fato que garante o acesso de toda população inglesa aos serviços médicos. Inegavelmente, o nível de vida geral dos ingleses melhorou, no período de 1921 a 1972, mas essa mudança ocorreu essencialmente no campo do consumo. Para os autores, isto quer dizer que as relações sociais de produção são as mesmas, e a sociedade de classes continua existindo, da mesma forma que os diferenciais de mortalidade.

---

(31) Citado por LAURELL, A.C. *op.cit.*

(32) Não são classes no sentido marxista, porém ao serem construídas em função da ocupação as classes I e II aproximam-se aos grupos empresariais e profissionais liberais e as III, IV e V aos trabalhadores com qualificação decrescente.

Tabela 2 - Razão padronizada de mortalidade por "classe social" Inglaterra - Gales, em homens de 14-64 anos. 1921-1972.

Classe Social	1921-23	1930-32	1949-53	1959-63	1970-72
I	82	90	86	76	77
II	94	94	92	81	81
III	95	97	101	100	104
IV	101	102	104	103	113
V	125	111	118	143	137
Diferença entre I e V	43	21	32	64	60

Fonte: LAURELL, A.C. A saúde-doença como processo social. Medicina Social - Aspectos Históricos e Teóricos. Global Editora. São Paulo. 1983.

Outra forma de mostrar o caráter social do processo saúde-doença para alguns representantes da epidemiologia social e que permitiria também um aprofundamento nos determinantes sociais do perfil patológico seria a análise das condições de saúde em diferentes sociedades, no mesmo momento histórico.

World Health Statistic Annual (in LAURELL) <sup>(33)</sup> compara as dez principais causas de morte no México e em

(33) LAURELL, A.C. *op.cit.*

Cuba. A comparação entre estes dois países permitiria, se gundo seus autores, grosso modo, avaliar o resultado do desenvolvimento das forças produtivas e das relações sociais no perfil patológico.

A comparação entre México e Cuba, países que se assemelham quanto ao desenvolvimento econômico, mas que diferem quanto às relações sociais de produção, ressaltaria vários pontos. Em primeiro lugar, comentam os autores, observa-se que o perfil patológico mexicano é dominado pelas doenças infecto-contagiosas, como a pneumonia, influenza e as infecções intestinais encabeçando a lista das principais causas de morte, sendo 40% da mortalidade total de origem infecciosa. Ao mesmo tempo, as doenças consideradas típicas da sociedade "moderna", como as doenças do coração, os tumores malignos e os acidentes, começam a ocupar um lugar importante no perfil patológico. Finalmente, destaca-se a elevada taxa de mortalidade por cirrose hepática, que traduziria a má nutrição e o alcoolismo, isto é, a pobreza e o desespero, nas palavras dos autores, fato que também se manifestaria na altíssima frequência por morte violenta.

No perfil patológico de Cuba, o peso das doenças infecto-contagiosas é muito menor. Entre elas, somente a pneumonia e a influenza aparecem entre as principais causas de morte e toda a patologia infecciosa constitui 11% da mortalidade total.

As estatísticas de mortalidade de Cuba demonstrariam que não existe relação mecânica e necessária entre o grau de desenvolvimento econômico e as condições co

letivas de saúde, desmentindo a fatalidade patológica da "pobreza média". Esta observação deveria centrar a análise nas relações sociais de produção existentes na sociedade, que é fator que distingue Cuba do México.

Os trabalhos citados anteriormente são apenas alguns expoentes de toda uma produção de uma determinada linha de pesquisadores.

No caso do Brasil esse interesse é recente e coincide com o encaminhamento crítico por que passam os estudos na área da saúde desde a década de 70, principalmente na América Latina, e que levou à incorporação na temática da questão das classes sociais.

Para autores brasileiros interessados no assunto entre outros ARAÚJO<sup>(34)</sup>, PAIM<sup>(35)</sup>, LESER<sup>(36)</sup>, SINGER<sup>(37)</sup>, YUNES e ROCHENZEL<sup>(38)</sup>, a constatação da questão de centrar a análise no social é verdadeira, e ainda que

---

(34) ARAÚJO, J. in SINGER, P. Pesquisa sobre Economia da Saúde no Brasil. CEBRAP. São Paulo. 1977. (mimeogr.)

(35) PAIM, J.S. Indicadores de Saúde no Brasil. Bahiana Saúde Publ. Salvador. 1975.

(36) LESER, W. Relacionamento de certas características populacionais com a mortalidade infantil de São Paulo. Problema Brasileiro 10(109): 17. 1972.

(37) SINGER, P. Pesquisa sobre economia da saúde no Brasil. Idem.

(38) YUNES, J. e RONCHEZEL, V.S. Evolução da Mortalidade Geral, Infantil e proporcional no Brasil. Rev. Saúde Pública, 8 (supl.): 3. São Paulo. 1974.

divergissem sobre o significado dos dados, a construção do modelo de investigação (empírica) é semelhante, se bem que os indicadores empregados variem segundo o autor e seu objetivo específico em termos qualitativos e quantitativos.

#### 1.4. As Classes Sociais e a Doença: Referências ao Enfoque Teórico - Metodológico Adotado.

Esse encaminhamento crítico iniciado, particularmente, contra posições clássicas frente ao problema da visão biológica da doença, acabou por colocar proposições marxistas frente às relações entre saúde e sociedade.

A noção do paradigma dominante da doença que a conceitua como um fenômeno biológico individual, ou ainda, a percepção ecológica frente ao processo, foi substituída pela análise dos determinantes sociais e o conceito de classe social passou a ser fundamental para a análise do processo saúde-doença. A elaboração desse enfoque alternativo acabou por implicar na redefinição do próprio objeto de estudo: enquanto as análises tradicionais abordavam separadamente a doença e a saúde, os novos enfoques procuram na vinculação entre eles (processo saúde-doença), aspectos explicativos na estrutura social.

Enfim, do que foi colocado até aqui depreende-se que o processo saúde-doença desde meados da década de 70, começa a ser encarado do ponto de vista teórico-meto-

dológico, partindo-se das determinações gerais, abstratas, do processo de produção.

No entanto, o fato de ser possível estabelecer uma relação causal entre a infra-estrutura e a produção de doença, pode acarretar reduzir o processo ao contexto de causa que o explica, ou seja, de transformá-lo num fenômeno de infra-estrutura.

A partir do momento em que os trabalhos produzidos passam a enfrentar a questão das classes sociais, não mais no campo abstrato, mas no interior da própria sociedade, torna-se de crucial importância a análise da heterogeneidade dos modos de vida à constituição de estrutura de classes da sociedade e dos mecanismos de reprodução dessa estrutura.

Neste sentido, o entendimento da produção e reprodução da doença nas camadas populares pode ser elucidado ao nível dos mecanismos pelos quais a estrutura de classes é produzida e reproduzida, através de uma estrutura de mediações que ordena a totalidade social.

Na realização de tal esforço é preciso estar atento para não cair em esquemas mecanicistas e reducionistas e lembrar que, apesar de referida à dinâmica da reprodução de um sistema de classes, há fatores históricos, regionais, demográficos e naturais que interferem e contribuem para a diferenciação do processo saúde-doença.

Um possível ponto inicial de referência para a abordagem da diferenciação do processo no âmbito das sociedades está na estruturação do espaço. Ao se analisar a questão urbana, de modo específico, tem-se que a heteroge

neidade das formas de vida que aí se configuram começa pela própria organização do espaço. A concentração de certos grupos em determinadas porções do espaço parece caracterizar a cidade como um conjunto de áreas segregadas, em cujos limites confina-se a heterogeneidade dos grupos, a qual tem sua determinação crucial na participação dos indivíduos no processo produtivo. Nesse sentido, a cidade aparece não apenas como um certo espaço estruturado, mas como um espaço estruturado onde ocorre uma segregação cujos fundamentos estão na própria forma pela qual, a nível societário, está organizada a produção.

A partir daí, é possível verificar que o que se tem no interior dos grupos segregados é a organização de um certo universo material e o desenvolvimento de certos padrões de sociabilidade, de certas expressões culturais, e formas de existência, cujo sentido fundamental está no fato de serem reveladoras da vivência concreta de determinadas situações de classe<sup>(39)</sup>.

Para PRZEWORSKI<sup>(40)</sup>, as classes não são formadas de maneira arbitrária, tanto pela natureza objetiva das relações políticas e ideológicas que estruturam as lutas pela formação de classes, quanto pela natureza objeti

---

(39) MACEDO, C.C. *A Reprodução da Desigualdade*. Ed. Hucitec. São Paulo. 1979.

(40) PRZEWORSKI, A. *O processo de formação de classes*. *Rev. DADOS*. nº 16. 3-31. Inst. Universitário de Pesquisa. Rio de Janeiro. 1977.

va do processo de produção capitalista que cria e destrói lugares a serem preenchidos pelos portadores das relações de produção. As classes aparecem numa relação dupla com a história. De um lado, suas lutas tem o efeito de preservar ou transformar as relações sociais, inclusive as relações de produção. De outro lado, as classes constituem o único vínculo entre as relações de produção e os agentes históricos.

Para BOURDIEU<sup>(41)</sup> a dimensão social das relações entre os homens, constitui-se em relações de poder. Mais ainda, elas reproduzem o sistema objetivo de dominação interiorizado enquanto subjetividade; a sociedade é desta forma apreendida como estratificação de poder. A reprodução da ordem não se confina apenas aos aparelhos coercitivos do Estado ou às ideologias oficiais, mas se inscreve em níveis mais profundos para atingir inclusive as representações sociais.

As representações que os diferentes agentes tem do movimento do real, para o autor, não estão mecanicamente vinculadas à sua situação de classe, mas estreitamente ligadas, principalmente, por intermédio das condições materiais de existência, cujas urgências vitais impõe-se com um rigor desigual, portanto, desigualmente propício a "neutralizar" simbolicamente o movimento do real. Ou seja,

---

(41) BOURDIEU, P. in ORTIZ, R. *Sociologia*. Ed. Ática. São Paulo. 1983.

essa percepção simbólica é, pois, "...adquirida através de uma existência objetivamente estruturada pelas relações objetivas constitutivas da estrutura das relações de classe." (42, pg. 160).

No entanto, quando pensa as classes, acredita que suas percepções e suas escolhas cotidianas encontram seu fundamento, não nos princípios explícitos de uma consciência continuamente vigilante e universalmente competente, mas nos esquemas de pensamento e de ação implícitos no "habitus" de classe.

Para o autor, o habitus de classe não se assemelha ao instinto dos herbívoros, mas poderia ser pensado, em uma analogia, com as formulações da consciência política, ao "inconsciente das classes, mais do que na consciência de classe", no sentido de que é um sistema de disposições profundamente inconscientes, que podem não se exprimir, sob a forma de discurso explícito, coerente, elaborado, mas que é o princípio de suas escolhas cotidianas em domínios extremamente diferentes, desde estéticos até econômicos (43).

---

(42) BOURDIEU, P. "Os Doxósofos" in THIOLENT, M. *Crítica Metodológica e Investigação Social e Inquete Operária*. Ed. Polis. São Paulo. 1985.

(43) *idem*.

De fato, para o autor<sup>(44)</sup>, o termo *habitus* é um sistema de disposições duráveis e transferíveis que, integrando todas as experiências passadas, funciona a cada momento como uma matriz de percepções, apreciações e ações, e torna possível a realização de tarefas infinitamente diferenciadas, graças às transferências analógicas de esquemas que permitem resolver os problemas de forma e graças às correções incessantes dos resultados obtidos, dialeticamente produzidos por estes resultados.

As diferentes posições no espaço social correspondem estilos de vida, sistemas de desvios diferenciais que são a retradução simbólica de diferenças objetivamente inscritas nas condições de existência porque são o produto do mesmo operador prático, o *habitus*, sistema de disposições duráveis e transponíveis que exprime sob a forma de preferências sistemáticas, as necessidades objetivas das quais ele é o produto: a correspondência que se observa entre o espaço das posições sociais e o espaço dos estilos de vida resulta do fato de que as condições semelhantes produzem *habitus* substituíveis que engendram, por sua vez, práticas infinitamente diversas e imprevisíveis em seu detalhe singular, mas sempre encerradas nos limites inerentes às condições objetivas das quais elas são produto e às quais elas estão objetivamente adaptadas<sup>(45)</sup>.

---

(44) BOURDIEU, P. Esquisse d'une theorie de la pratique. Ed. Droz. Genebra. 1972.

(45) BOURDIEU, P. "Gostos de classe e estilos de vida". in ORTIZ, R. *op.cit.*

Uma classe, para BOURDIEU<sup>(46)</sup> não pode jamais ser definida apenas por sua posição na estrutura social, isto é, pelas relações que mantém objetivamente com as outras classes sociais. Inúmeras propriedades de uma classe social provêm do fato de que seus membros se envolvem deliberada ou objetivamente em relações simbólicas com os indivíduos das outras classes, e com isso exprimem diferenças de situação e de posição segundo uma lógica sistemática, tendendo a transmutá-las em distinções significantes. É a independência relativa do sistema de atos e procedimentos expressivos ou das "marcas de distinção", graças às quais os sujeitos sociais exprimem, e ao mesmo tempo constituem para si mesmos e para os outros, sua posição na estrutura social operando sobre os "valores" necessariamente vinculados à posição de classe, uma duplicação expressiva que autoriza a autonomização metodológica de uma ordem propriamente cultural.

Tentar apreender a divulgação e a distinção segundo as quais as classes sociais exprimem as diferenças de situação e de posição que as separam, não significa reduzir todas as diferenças, e muito menos a totalidade destas diferenças, a começar por seu aspecto econômico, as distinções simbólicas, e muito menos, reduzir as relações

---

(46) BOURDIEU, P. "Condição de classe e Posição de classe" in A Economia das Trocas Simbólicas. Ed. Perspectiva. São Paulo. 1982.

de força a puras relações de sentido. Significa que deve revelar-se como tal, um perfil da realidade social, que, muitas vezes, passa despercebido ou então, quando percebido, quase nunca aparece como tal.

Tratar-se-ia, portanto, de estabelecer de que maneira a estrutura das relações econômicas pode, ao determinar as condições e as posições dos sujeitos sociais determinar a estrutura das relações simbólicas que se organizam nos termos de uma lógica redutível à lógica das relações econômicas e, interferir na produção e reprodução da doença.

Se a aptidão,

"a entender, identificar e exprimir as mensagens corporais varia com a aptidão a verbalizá-las e cresce quando se passa das classes populares às classes dominantes, é que as sensações doentias não possuem o exorbitante privilégio que lhes atribui frequentemente o senso comum, de se exprimir sem linguagem: a percepção e a identificação das sensações mórbidas, ato de decifração que se ignora como tal e que, assim sendo exige uma aprendizagem específica ou difusa, implícita ou consciente, é primeiramente função do número e da variedade das categorias de percepção do corpo ou seja, da riqueza e precisão de seu vocabulário da sensação e de sua aptidão, socialmente con-

dicionada". (47)

Em última análise, diante da produção e reprodução da esquistossomose mansônica nas classes populares, cuja análise constitui o principal argumento desse trabalho, poder-se-ia dizer que o estabelecimento de uma relação de causalidade entre o tipo de condições objetivas (largamente redutível ao tipo de condições econômicas) aos quais estão submetidos os sujeitos sociais, e a produção de doenças, não poderia ser explicada apenas por essas condições objetivas, pois tais explicações tendem a permanecer parciais, pois não levam em consideração que os determinismos sociais não informam jamais o corpo de maneira imediata, através de uma ação que se exerceria diretamente sobre a ordem biológica, sem a mediação da ordem cultural que os retraduz e que está intimamente imbricada como produto e mecanismo de reprodução a uma estrutura de classes.

---

(47) BOLTANSKI, L. *As Classes Sociais e o Corpo*. Graal. Rio de Janeiro. 1979.

## 2. REPRODUÇÃO SOCIAL E A QUALIDADE DE VIDA URBANA

### 2.1. O Local de Estudo

Neste ítem não se pretende dar conta da situação sócio-econômica do município de Rio Claro<sup>(48)</sup>, mas ressaltar alguns aspectos desta situação que se considera importante para a compreensão da instalação da esquistosomose mansônica na cidade.

O município de Rio Claro, localizado numa região de planalto sem grandes relevos a 162km a noroeste da Capital, numa altitude de 612m, é sede da subregião administrativa e da micro região com o mesmo nome, fazendo parte da Região Administrativa de Campinas. O seu clima é mesotérmico, com estiagem no inverno e uma temperatura média de 22.3°C.<sup>(49)</sup>

Com uma extensão territorial de 503km<sup>2</sup>, Rio Claro é um município de tamanho médio, o 174º do Estado, centro urbano de uma sub região abrangendo um total de 7 municípios com uma área de 4.116km<sup>2</sup>.

---

(48) Ver sobre o município alguns estudos já citados: Hakkert, R.; Sydenstricker, J. e Rocha, M.I. *op.cit.* Departamento de Planejamento-UNESP e Prefeitura do Município de Rio Claro. *op.cit.*

(49) Hakkert e col. *Idem.*

Com 110.212 habitantes, Rio Claro é o 329 município do Estado, em termos de população total, no censo de 1.980. Estimativas recentes, efetuadas por Hakkert e col<sup>(50)</sup> apontam uma população provável de 132.091 hab. em 1985.

De acordo com os mesmos autores, Rio Claro exemplifica um município de interior com alto grau de urbanização, crescimento moderado, fecundidade baixa, imigração considerável e um quadro sócio-econômico relativamente favorável, no que diz respeito a mortalidade e outros indicadores de saúde, infra estrutura urbana e receita municipal. Conforme uma classificação dos municípios brasileiros, que se baseia em indicadores econômicos, de nível de vida e infra estrutura urbana, o município de Rio Claro foi considerado o 339 município mais desenvolvido em 1980.

No entanto, para quem está preocupado com a questão da qualidade de vida e a transmissão de doenças, quando se examina os dados dos serviços urbanos e habitação do município, alguns pontos chamam atenção.

Infelizmente, os dados sobre abastecimento de energia elétrica estão agregados para o município, não havendo a distinção entre rural e urbano. Apesar disto, a pesquisa indica,<sup>(51)</sup> com certa segurança, que a maioria dos domicílios não atendidos está localizada na zona rural.

---

(50) Hakkert e col. *op.cit.*

(51) *Idem.*

Como demonstra a tabela 3, em 1970 e 1980 o abastecimento de energia elétrica atingia a maioria do número de domicílios.

Tabela 3 - Abastecimento de Energia Elétrica em Domicílios Particulares no Estado de São Paulo e no Município de Rio Claro.

1970	EST. SP	RIO CLARO
TOTAL DE DOMICÍLIOS PERMANENTES	3.636.138	17.128
PERC.ABASTECIDO POR ENERGIA ELÉTRICA	80.5%	93.0%
1980		
TOTAL DE DOMICÍLIOS PERMANENTES	5.800.817	26.460
PERC.ABASTECIDO POR ENERGIA ELÉTRICA	94.0%	97.7%
- com medidor	69.9	83.7
- sem medidor	24.1	14.0

Fonte: Perfil Sócio-Econômico de Rio Claro. Texto NEPO 2. Campinas. 1985.

Quanto à rede de água e esgoto, também para estes dados, os censos de 1970 e 1980 não fazem a distinção entre as zonas urbana e rural. Os serviços de água e esgoto praticamente só atendem os núcleos urbanos. No caso da rede de esgoto, esta em geral se restringe à sede do município e, assim mesmo, não a cobrindo totalmente.

Os dados quanto aos domicílios particulares permanentes abastecidos por rede de água para 1970 e 1980 estão na tabela 4.

Tabela 4 - Abastecimento de Água em Domicílios Particulares no Estado de São Paulo e no município de Rio Claro (1970 a 1980).

1970	EST. SP	RIO CLARO
Total de domicílios permanentes	3.636.138	17.128
Perc. Abastecido pela rede geral	58.5%	86.0%
Perc. Abastecido por poço ou nascente	32.6	10.5
Perc. Outras formas ou s/declaração.	8.9	4.5
1980	EST. SP	RIO CLARO
Total de domicílios permanentes	5.800.817	26.460
Perc. Abastecido pela rede geral	82.3%	93.6%
c/ canalização interna	75.3%	88.3%
s/ canalização interna	7.0	5.3
Perc. Abastecido por poço ou nascente	15.6	5.5
c/ canalização interna	6.5	3.0
s/ canalização interna	9.1	2.5
Perc. Abastecido por outras formas	2.0	0.9
c/ canalização interna	0.3	0.1
s/ canalização interna	1.7	0.8
Perc. s/declaração	0.1	-

Fonte: Perfil Sócio-Econômico de Rio Claro. Texto NEPO 2.

O quadro da estrutura sanitária de Rio Claro e do Estado é apresentado na Tabela 5.

Tabela 5 - Instalação Sanitária em Domicílios Particulares no Estado de São Paulo e município de Rio Claro (1970 e 1980).

1970	EST. SP	RIO CLARO
Total de domicílios permanentes	3.636.138	17.128
Perc. ligado à rede geral	23.0%	73.4%
Perc. com fossa séptica	28.3	1.2
Perc. com fossa rudimentar	35.5	19.9
Perc. com outros tipos de escoadouro	3.6	1.6
Perc. s/ Inst. Sanitária	9.6	3.8
1980	EST. SP	RIO CLARO
Total de domicílios permanentes	5.800.817	26.460
Perc. ligado à rede geral	55.5%	77.4%
- só do domicílio	50.8	75.1
- comum a vários domicílios	4.7	2.3
Perc. com fossa séptica	16.1	2.3
- só do domicílio	13.2	2.1
- comum a vários domicílios	2.9	0.2
Perc. com fossa rudimentar	21.0	17.1
- só do domicílio	16.4	13.6
- comum a vários domicílios	4.6	3.5
Perc. com outros tipos de escoadouro	3.1	0.8
Perc. s/ instalação sanitária	2.8	1.6

Fonte: Texto NEPO 2. Campinas. 1985.

A pesquisa indica<sup>(52)</sup> que tanto o Estado como o município de Rio Claro, tem índices ainda baixos quanto a estrutura sanitária, principalmente quando comparada à extensão das redes de distribuição de energia e água, vê-se que foi a rede de captação de esgotos que mais cresceu na década de 70. Isto sem dúvida se deve em grande medida ao pequeno percentual de domicílios até então, atingidos por este benefício, transformando em grandes saltos um crescimento numérico não obrigatoriamente elevado. Durante a década o Estado ampliou em 14.7% a sua cobertura e Rio Claro em 5%.

Os percentuais referentes à inexistência de instalações sanitárias caíram bastante para todos os municípios e Estado. Apesar desse incremento no percentual de domicílios com algum tipo de instalação sanitária, ainda foi alto o percentual de fossas rudimentares para o Estado e para Rio Claro.

Segundo a FUNDAP<sup>(53)</sup>, o município de Rio Claro é considerado, quanto a questão do saneamento básico, entre os piores pastos entre os municípios estudados.

---

(52) Hakkert e col. *op.cit.*

(53) FUNDAP. Características Regionais de Saúde no Estado de São Paulo. Relatório Final. São Paulo. 1983.

A sinopse do levantamento sócio-econômico do município de Rio Claro de 1984<sup>(54)</sup>, indicou quanto a questão habitacional, o seguinte quadro para a amostra selecionada: o percentual de domicílios próprios foi de 70.9%, contra 60.4% verificados em 1980, 25.6% de domicílios alugados, contra 28.9% em 1980, 2.2% cedidos contra 10.4% de 1980 e 1.3% em "outros", sendo aqui incluídas as construções em terrenos cedidos ou invadidos - 62% dos imóveis da amostra tinham até 4 cômodos (2 quartos, sala e cozinha) e 38% possuíam 5 cômodos ou mais - 22.2% dos domicílios visitados estavam construídos em lotes de 100m<sup>2</sup>, 17.7% em lotes de 100-150m<sup>2</sup>, 24% em lotes de 150-250m<sup>2</sup> e 36.1% em lotes com área superior a 250m<sup>2</sup> - 98.9% dos imóveis eram de alvenaria, sendo 91.7% totalmente acabados, 5.1% inacabados e 2% em ampliação ou reforma - 55.7% dos proprietários comprou o imóvel pronto, 36% comprou o terreno construindo a casa posteriormente e 8.3% comprou o imóvel semi-pronto ou comprou e o reformaram.

---

(54) Depto de Planejamento - UNESP e Prefeitura Municipal de Rio Claro. *op.cit.*

A tabela 6 apresenta os domicílios permanentes por tipo de construção para o município de Rio Claro e Estado para 1970 e 1980.

Tabela 6 - Domicílios Particulares por Tipo de Construção no Estado de São Paulo e município de Rio Claro (1970 e 1980).

1970	EST.SP	RIO CLARO
Total de Domicílios Permanentes	3.636.138	17.128
Perc. de Domicílios Duráveis	89.3%	96.2%
Perc. de Domicílios Rústicos	10.7%	3.8%
1980	EST.SP	RIO CLARO
Total de Domicílios Permanentes	5.800.817	26.460
Perc. de Domicílios Duráveis	97.9%	99.7%
Perc. de Domicílios Rústicos	2.0%	0.3%
Perc. s/ Informação	0.1%	-

FONTE: Textos NEPO 2. Campinas. 1985.

Na cidade de Rio Claro não se encontra um aglomerado de barracos formando o que se denomina de favela. No entanto, os bairros afastados encontram-se pequenas construções, muitas delas clandestinas, realizadas pelos próprios moradores, edificações estas muitas vezes feitas de madeira ou parte de alvenaria e madeira, na sua maioria com piso de terra batida. Poucas ruas pavimentadas, que possuem iluminação pública, são servidas por rede de água, embora não exista rede de esgoto. (vide fotos).

Hoje em dia, Rio Claro, de acordo com Hakkert e col<sup>(55)</sup> possui uma nítida função de centro urbano, concentrando 76.9% da população total e 82.5% da população urbana da sub-região. A densidade demográfica dos municípios periféricos é de apenas 13.1 habitantes por km<sup>2</sup> para a sub-região e 13.5 para a micro-região enquanto os graus de urbanização chegam a 66.7% e 68.2% respectivamente. O grau de urbanização do município atual alcança os 94.5%, devido não apenas a um crescimento considerável das suas atividades urbano-industriais, mas também, a um acentuado êxodo rural que reduziu sua população rural em 26.8% durante a década de 70.

## 2.2. A Migração

Embora seja um fator de fundamental importância

---

(55) Hakkert e col. op.cit.

para a dinâmica populacional e para o entendimento da instalação da esquistossomose mansônica no município de Rio Claro, o processo migratório durante o século atual é difícil de reconstruir-se com precisão.

Segundo Hakkert,

"inevitavelmente, reconstruções históricas deste tipo baseiam-se em estimativas residuais, obtidas a partir das tendências de crescimento populacional, após a eliminação dos efeitos de mortalidade e da fecundidade. Já que cada um destes componentes contém uma margem de erro, as estimativas migratórias resultantes são particularmente sujeitas a distorções". (56, pg. 27).

Os autores afirmam entretanto, que o processo migratório em Rio Claro demonstra uma certa defasagem em relação ao Estado como um todo. Na última década do século passado, o então município de Rio Claro deve ter recebido cerca de 10.000 imigrantes, em grande medida estrangeiros. Num segundo período, de 1900 a 1920, quando tanto a Capital, quanto o interior do Estado registravam um fluxo considerável de imigrantes, o saldo líquido de Rio Claro já era praticamente zero. O interior do Estado como um todo sofreu perdas migratórias no período de 1920 e

---

(56) Hakkert e col. *op.cit.*

1960. No caso específico de Rio Claro, estas podem ter chegado a 20.000-30.000 pessoas, principalmente devido ao êxodo rural que transformou o município durante este período. Em termos de números absolutos, a maior parte da emigração ocorreu nos anos 20 e 30, antes, portanto, do auge do processo no interior do Estado como um todo, que deve ser localizado na década de 40. A década de 60 mostrou uma modesta recuperação da atração migratória, tanto de Rio Claro, quanto de outros municípios do interior.<sup>(57)</sup>

Entretanto, a pesquisa indica que o quadro só mudou definitivamente nos anos 70, quando Rio Claro (incluindo Corumbataí, Ipeúna, Itirapina e Santa Gertrudes), seguindo a tendência do interior como um todo, recebeu um salto líquido considerável de migrantes. Entre 1970 e 1980, a imigração superou a emigração em 15.000-20.000 pessoas, responsáveis por aproximadamente 40% do crescimento da área durante a década. Como mostra a tabela 7, registra-se no atual município de Rio Claro, aumentos sensíveis na proporção de residentes entre 1970 e 1980.<sup>(58)</sup>

---

(57) Hakkert e col. *op.cit.*

(58) *Idem.*

Tabela 7 - Porcentagem de não-naturais do município de residência atual por situação de origem e de residência, para o Estado de São Paulo, Região Administrativa de Campinas e Município de Rio Claro (1970 e 1980).

1970	Percentuais de		Atualmente Urbana		Atualmente Rural	
	Não-naturais	Migrantes Recentes*	Anterior Urbana	Anterior Rural	Anterior Urbana	Anterior Rural
Est.SP	47.5%	26.2%	61.7%	21.2%	4.3%	12.8%
Reg.Camp.	39.2	23.3	53.9	22.3	7.1	16.7
Rio Claro	30.5	17.0	72.4	17.9	4.3	6.7
1980						
Est.SP	52.8%	26.1%	56.8%	32.3%	2.6%	7.7%
Reg.Camp.	51.1	29.7	50.6	83.8	4.2	11.5
Rio Claro	23.0	23.0	60.4	34.4	1.1	4.1

\*Não naturais com até 11 (em 1970) ou até 10 (em 1980) anos de residência.

Fonte: Perfil Sócio-Econômico de Rio Claro. Textos Nepo 2. 1985.

Os dados da pesquisa indicam que juntando a população com menos de 10 anos de residência em Rio Claro àquelas de Corumbataí, Ipeúna, Itirapina e Santa Gertrudes, chega-se a um número total de 31.153 em 1980. Considerando que o saldo líquido foi da ordem de 15.000-20.000, isto implica numa imigração da ordem de, no mínimo, umas 30.000-35.000 pessoas e numa emigração simultânea da ordem de 15.000-20.000 durante a década.

Como é de se esperar num município quase 95% urbano, a maior parte (94.8%) do fluxo migratório dirigiu-se para a área urbana. A composição de fluxo migratório recente, em termos da situação de origem, pode ser observado na tabela 7, 61,5% era de origem urbana e 38.5% de origem rural. Em relação ao Estado, estes números traduzem uma ligeira tendência, tanto de Rio Claro, quanto da Região Administrativa de Campinas como um todo, de atrair mais migrantes rurais do que acontece com outras regiões do Estado.

Finalmente, no que diz respeito à composição do fluxo por procedência, a tabela 8 mostra algumas modificações importantes entre 1970 e 1980.

Embora o maior grupo de migrantes continue vindo de outros municípios dentro do próprio Estado, o trabalho indica que registra-se um nítido aumento do componente inter-estadual, a nível do Estado, da Região Administrativa e, principalmente de Rio Claro, onde a proporção de residentes naturais de outros Estados aumentou de 12,5% em 1970 para 26.1% em 1980.

Tabela 8 - Não-naturais do município de residência atual, por procedência, para o Estado de São Paulo, Região Administrativa de Campinas e Município de Rio Claro. 1970 e 1980 (maiores de 10 anos).

1970	TOTAL	SP	MG	PR	RJ/ES	PA	PE	NE/OUTROS	RG/SC	CENTRO/OESTE	NORTE	OUTROS
Est. SP	8.432.582	64.0%	10.7%	3.6%	1.9%	4.9%	2.7%	4.3%	0.8%	1.1%	0.2%	5.8%
Reg. Camp.	822.080	76.1	15.6	2.0	0.8	0.8	0.5	1.0	0.3	3.6	0.1	2.2
Rio Claro	23.823	67.5	2.9	1.8	0.7	0.9	0.4	1.0	0.5	0.9	0.0	3.5
1980												
Est. SP	6.652.458	57.2%	8.4%	10.1%	1.9%	5.7%	4.7%	7.2%	0.7	2.0%	0.3%	1.8%
Reg. Camp.	968.964	67.0	9.0	15.0	0.9	1.3	0.9	1.8	0.4	2.0	0.2	0.8
Rio Claro	35.492	73.0	4.7	8.9	1.0	1.5	1.0	5.3	0.8	2.6	0.4	0.5

Fonte: Perfil Sócio-Econômico de Rio Claro. Textos Nepo  
2. Campinas. 1985.

Em 1970, o maior grupo entre os migrantes interestaduais em Rio Claro era a dos mineiros (2.9%), cuja importância numérica, entretanto, era muito menor do que na Região de Campinas como um todo, onde representavam 15.6% do total de não-naturais. Entre os migrantes que chegaram em Rio Claro durante a década de 70, os mineiros formaram um contingente algo maior, de 4.7%, enquanto sua participação na migração para a Região de Campinas diminuiu para 9.0%. O maior grupo migratório da década, entretanto, foi o dos paranaenses, que migraram em grande número para a Região de Campinas, chegando a representar 8.9% dos residentes recentes de Rio Claro e 15.0% dos da Região em 1980. Um terceiro grupo, cujos números aumentaram durante a década foi a dos nordestinos. Embora a maioria deste fluxo seja dirigida para a área da grande São Paulo,

chegou a representar 7.4% dos residentes recentes de Rio Claro em 1980. Em 1980, o grupo como um todo representava apenas 2.3% dos não-naturais do município. Os estrangeiros, que em 1970 ainda compunham 3.5% da população do município, representaram apenas 0.5% dos migrantes chegados na década de 70.

Ressalta-se, entretanto, que o trabalho utilizou-se como fonte de dados tabelas do Censo Demográfico referentes a procedência dos indivíduos e não do local de nascimento, sugerindo, portanto, que esses indivíduos não necessariamente sejam paranaenses, mineiros ou nordestinos. No entanto, salienta-se a importância do aumento do fluxo inter-estadual para o município de Rio Claro.

A sinopse do levantamento sócio-econômico do município efetuado pelo convênio Depto de Planejamento - UNESP e Prefeitura Municipal de Rio Claro<sup>(5<sup>o</sup>)</sup>, confirma a tendência apontada acima, ou seja, segundo a pesquisa os maiores contingentes migratórios acolhidos por Rio Claro no ano de 1984, vieram de municípios do próprio Estado de São Paulo (a pesquisa apontou que 76% dos migrantes são paulistas, sendo que os 24% restantes predominam os migrantes de Minas Gerais e Paraná, seguidos por Ceará e Bahia).

Dentre as razões que os levaram a sair do local

---

(5<sup>o</sup>) Depto de Planejamento da UNESP e Prefeitura Municipal. *op.cit.*

de origem, a pesquisa aponta que, em primeiro lugar vem: transferência de emprego, seguidas de procura de uma vida melhor, procura de emprego, mudança da família, e para morar perto de parentes ou por motivo de casamento.

Dentre os migrantes que responderam à questão: há quanto tempo saíram do local de origem, 50.6% saíram depois de 1970, 21.8% na década de 60 e 11.2% na década de 50.

Com relação à atividade que desenvolviam no local de origem, dentre os que trabalhavam antes de mudar, 32.9% estavam ligados à atividades agropecuárias, 11.9% haviam trabalhado na indústria, 9.8% no comércio e 45.5% nos serviços.

Dentre os entrevistados pelo presente trabalho, 75% eram provenientes do Nordeste (local de nascimento), 17% de Minas Gerais e 7.5% do próprio Estado. 75% eram de origem rural e 15% de origem urbana.

### 2.3. Condições de Saúde e a Qualidade de vida no meio Urbano.

Se o fenômeno migratório está condicionado as transformações estruturais, determinações familiares específicas podem constituir-se no móvel imediato desse deslo

camento, acompanhando redes sociais do parentesco<sup>(60)</sup>, ou buscando recursos médicos e hospitalares, ou ainda melhores condições de trabalho<sup>(61)</sup>.

Contudo, a vinda do migrante para a cidade não redefine a sua situação social, porque ele continua sendo pobre: perdeu as condições sociais de seu trabalho anterior. Na cidade, a maneira pela qual as pessoas se relacionam com a profissão e com o meio de se obter dinheiro é muito diferente da maneira como isso se dava no campo. A sua migração pode ser ao mesmo tempo, um ato de expropriação dos benefícios coletivos.<sup>(62)</sup>

Embora na cidade o seu salário possa ser maior do que auferia anteriormente, o apelo ao consumo e as condições sociais de vida nas cidades maiores (alimentação, transporte, moradia) consomem significativamente esse parco salário.

Por outro lado, as dificuldades de emprego, de moradia, de educação, de saúde, os diferentes níveis de remuneração e de qualificação profissional, constituem-se

---

(60) Ramos, C.L. A Gente do Londres. Dissertação de Mestrado apres. ao IFCH UNICAMP. Campinas. 1976.

(mimeogr.)

(61) Almeida, M.S.K. Entre nós, os pobres, eles, os negros. Dissertação de Mestrado apres. ao IFCH. UNICAMP Campinas. 1976. (mimeogr.)

(62) O Meio Grito: Estudo sobre Condições e Direitos Associados ao Problema de Saúde. Cadernos do CEDI. nº 3. Rio de Janeiro. 1980.

nos fatores que auxiliam em condições ruins de fixação e de sobrevivência numa cidade.

Aí se vive através do consumo de bens materiais e simbólicos e ela apresenta problemas de uma sociedade de classe: produz riquezas econômicas, de um lado e gera pauperização, de outro, por ser o espaço onde ocorre a concentração de população, dos instrumentos de produção, do capital, das necessidades, da propriedade privada e da divisão do trabalho social.

Existe uma série de autores que se preocupam justamente com a questão da adaptação ou inadaptação de migrantes ao contexto urbano e as transformações que o processo migratório envolve. Alguns tendem a enfatizar que a migração para a cidade significa um profundo processo de adaptação que requer a aprendizagem de novos padrões de comportamento e a aquisição de novos enfoques simbólicos; outros autores tendem a argumentar que este processo é muito menos profundo que aparenta, já que os meios de comunicação de massa e a própria escola no local de origem tendem cada vez mais a criar orientações e comportamentos compatíveis com a vida nos centros mais urbanizados.

O segundo aspecto está relacionado com o fato de que embora, o migrante já esteja munido de alguns padrões culturais que o ajudarão na adaptação do meio urbano, este processo não é homogêneo já que qualquer indivíduo depára-se constantemente com uma variedade de situa-

ções nas quais diferentes aspectos estão envolvidos.

Em verdade, há uma série de variáveis que precisam ser levadas em consideração ao se analisar o ajustamento de migrantes à vida urbana. Entre estas variáveis encontram-se: a área de origem, a motivação para migrar, as expectativas em relação ao meio urbano, as oportunidades de trabalho oferecidas pela cidade de destino, o tempo de exposição à vida urbana, os mecanismos e instituições que ajudam o processo de ajustamento e a própria qualidade de vida no meio urbano.

Não surpreende que muitas pesquisas mostrem que apesar da qualidade de vida no meio urbano não ser satisfatória ou mesmo, das dificuldades que tem de enfrentar no meio urbano, este é geralmente encarado positivamente, na medida em que simboliza o ideal de ascensão social e o acesso a bens e serviços. (63)

Entretanto, situando-se como população de periferia, já que em grande proporção são empurrados para os pio

---

(63) Ver dentre outros: Berlinck, M. e Hogan, D.J. "Adaptação da População e 'Cultura da pobreza' na cidade de São Paulo: Marginalidade Social ou Relações de Classe" in Cidades: Usos e Abusos. Brasiliense. São Paulo. 1978. Durham, E. A Caminho da Cidade: a vida rural e a migração para São Paulo. Ed. Perspectiva. São Paulo. 1973. Machado Silva, L.A. "O significado do Botequim" in Cidades: Usos e Abusos. op.cit. e Menezes, C. A mudança: Análise de Ideologia de um Grupo de Migrantes. Imago. Rio de Janeiro. 1976.

res locais da cidade por força da especulação imobiliária, os migrantes acabam por ter participação bastante limitada na distribuição de bens e serviços. A situação real de pobreza soma-se à não participação efetiva nos processos de decisão política. (64)

A obtenção de empregos, assim como a satisfação de outras necessidades (alimentação, abrigo, saúde, posse de documentos, etc) naturalmente não se restringe aos migrantes, constituindo-se em problemas prementes para toda população urbana de baixa renda. Pode-se remeter esta questão para os municípios do interior do Estado de São Paulo, que sofreram um processo de industrialização nesta última década e receberam razoável contingente migratório de outros Estados.

A questão de qualidade de vida, seja qual for o local a qual ela se refere é uma questão complexa e multifacetada. Em plano geral, o conceito abrange tanto a distribuição dos bens de cidadania - os bens e direitos de uma sociedade, em dado momento, julga serem essenciais - quanto uma série de bens coletivos de natureza menos tangível e nem por isso menos reais em suas repercussões sobre o bem estar social. (65)

---

(64) Weffort, F.C. "Estudos e Massas no Brasil" in Revista Civilização Brasileira. nº 7. Ed. Civ. Brasileira. Rio de Janeiro. 1966.

(65) Cordeiro, H.A. "A Qualidade de vida e as condições de saúde: O caso do Rio de Janeiro" in Qualidade de vida urbana. Zahar Ed. Rio de Janeiro. 1984.

Dentro dessa visão, a dimensão saúde-doença é vista como um subconjunto do conceito "qualidade de vida", entendido este de uma forma mais totalizante e, portanto, deve ser compreendida como um processo que se articula com outros processo sociais que estruturam o espaço urbano e delimitam os contornos da qualidade de vida nesse espaço recortado pelas desigualdades sociais.

Para que se possa compreender e interpretar as condições de reprodução da situação de vida no meio urbano, entretanto, é necessário fazer referência as características assumidas no Brasil, pelo processo de urbanização ocorrido nestes últimos 30 anos. Isso na medida em que, tanto o crescimento das cidades, quanto o desenvolvimento das atividades industriais, tem sido uma resposta às diferentes formas de articulação da dinâmica interna, assumida pelas relações de produção, em cada uma das fases do processo de industrialização no país.

Por se constituírem nos centros mais dinâmicos das sociedades complexas, as cidades representam também espaços nos quais as contradições deste tipo de sociedade tornam-se mais evidentes. A cidade passa assim, a se constituir no contexto no qual se desenvolvem vários processos e fenômenos sociais. Ela não é a principal causa desses fenômenos, mas pode-se constituir no centro de convergência de processos das mais variadas ordens. (66)

---

(66) Ver Castells, M. Problemas de Investigação em Sociologia Urbana. Ed. Presença. Lisboa. 1979.

Assim, é importante considerar que o acelerado processo de crescimento das áreas urbanas brasileiras, nas três últimas décadas, sobretudo na região sudeste do país, sofreu a forte influência tanto de fatores de atração, exercidos por parte dos centros industrializados junto à população rural - enquanto fonte de empregos e de melhores condições de vida - como fatores de expulsão, atuantes no meio agrário.

Os fatores de expulsão, que tem provocado a migração maciça de contingentes populacionais em direção aos centros industrializados são efeito da maior ou menor penetração do modo de produção capitalista no meio rural e assumem duas formas distintas: fatores de mudança e fatores de estagnação. (67)

Os fatores de mudança são decorrentes da introdução de relações de produção capitalista e de tecnologia avançada nas propriedades agrícolas, ocasionando o enfraquecimento das relações de parceria, arrendamento e a redução do número de empregos, bem como a expropriação de pequenas propriedades pela expansão das grandes. (68) Os fatores de estagnação fazem-se sentir quando as terras disponíveis para o cultivo tornam-se insuficientes

---

(67) Singer, P. Economia Política da Urbanização. Ed. Brasiliense. São Paulo. 1985.

(68) D'Incao e Mello, M.C. Boia Fria - Acumulação e Miséria. Ed. Vozes. Petrópolis. 1981.

para o acréscimo populacional, quer seja porque a produtividade não aumente na mesma proporção que o crescimento vegetativo da população, ou porque haja a monopolização de grandes extensões de terra pelos grandes proprietários. Por esse motivo, tanto as áreas estagnadas como aquelas em processo de mudança, liberam grandes quantidades de força de trabalho, que se deslocam para os centros urbanos em busca de atividades remuneradas e de melhores condições de vida.

As características migratórias apresentadas fazem parte da dinâmica populacional brasileira, como mostra Costa<sup>(69)</sup>, ao assinalar que as estimativas para o Brasil demonstram que: no decênio de 60-70, o deslocamento espacial do campo para a cidade resultou num fenômeno que contou com 6.5 milhões de habitantes, sendo que 3.2 milhões representam um índice de deslocamento inter-regional. Calcula-se que, por volta de 1970, o fluxo migratório urbano, ou seja de cidade para cidade representou um índice de 29.2 milhões de habitantes, equivalente a uma migração de pelo menos uma vez na vida de 31.7% da população nativa e 31.3% da população total do país.

Além disso, o Estado tem procurado propagar e legitimar certas formas de trabalho que garantem a sobre-

---

(69) Costa, M.A. "Urbanização e Migrações Urbanas no Brasil" in Costa, M.A. Estudos de Demografia Urbana. IPEA - INPES. Rio de Janeiro. 1975.

vivência do trabalhador no meio urbano a baixos níveis de remuneração. Por outro lado, pouco tem realizado no sentido de garantir a essas populações trabalhadoras de baixa renda, equipamentos de consumo coletivo, tais como saneamento básico para as áreas que habitam, atendimento médico-hospitalar e centros educativos e recreativos.

Configura-se assim para essa população um campo de carências no qual se desenrola o seu cotidiano, carência alimentar, educacional, habitacional e sanitária, o que no campo das representações e do conteúdo simbólico, dada a prática de suas ações, também se constitui numa visão de mundo carente, não sugerindo, entretanto, que não haja estratégias da população frente à esta carência, bem como formas de resistência à dominação e ao autoritarismo das classes dominantes.

Porém, a própria vida na cidade é vista como um símbolo, principalmente para o indivíduo migrante - símbolo de ascensão social para quem chega ao grande centro, símbolo de usufruto da "sociedade de consumo". Porém, na maior parte das vezes, o que está ocorrendo é o inverso - os indivíduos tem apenas a ilusão de usufruir dos "benefícios" do urbano, porque na verdade o urbano é que está usufruindo, vantajosamente, de sua força de trabalho para os benefícios da acumulação do capital, em mãos que não são as suas. A cidade possui um valor de uso apenas para as classes dominantes, cuja posse do capital permite usufruir "da vida urbana e do tempo urbano". Para o trabalhador mal remunerado a cidade apresenta-se apenas enquanto valor de troca, enquanto "espaços comprados e vendidos, lo-

cal de consumo dos produtos", local onde irá vender sua força de trabalho.

O "urbano" é o local onde se reproduz certa parcela da força de trabalho, necessária ao chamado "setor dinâmico da economia" (especialmente no caso das sociedades capitalistas periféricas), e a política urbana adotada pelo Estado está mais voltada à acumulação de capital do que às necessidades concretas de reprodução simples e ampliada, das classes trabalhadoras.

No Brasil, este fato se torna particularmente visível a partir da década de 60. Desde então, a adoção de um modelo "associado" de industrialização levou a política econômica a operar com base em altas taxas de exploração da força de trabalho, deprimindo os níveis do salário real, o qual se tornou cada vez mais insuficiente ao trabalhador que habita o urbano e para quem os padrões de consumo a cada dia se alteram. Tudo que ele e seus familiares necessitam para sobreviver deve necessariamente passar pelo mercado. As soluções domésticas existentes no meio rural tornam-se cada vez mais difíceis, sendo também difícil integrar-se na economia urbana de consumo, com um salário insuficiente. (70)

Nessa medida, o urbano passa a expressar um pro

---

(70) Bogus, L.M. Vila do Encontro. A cidade chega à Periferia. FAUUSP - Fundação para a Pesquisa Ambiental. São Paulo. 1981.

cesso social e econômico, específico e significativo. É o "locus" que reúne classes sociais recorrentes e emergentes e que inclui uma estrutura de poder com políticas de intervenção. Estas políticas, expressam nitidamente os interesses de determinadas classes, em detrimento de outras.

Deve-se considerar, portanto, que os deslocamentos de população sobre o espaço correspondem, em última instância, à reordenação de oportunidades econômicas e sociais. Dadas a extensa dimensão territorial, a diversidade de unidades espaciais e a magnitude dos movimentos migratórios, é necessário fazer um esforço sintético para poder captar as principais tendências. (71)

Em outras palavras qualquer análise do processo migratório deve levar em conta tanto as variações das características sociais do migrante como as transformações histórico-estruturais que ocorrem nos sistemas de destino. (72)

Os dados apresentados ao longo do presente trabalho sugerem que o município de Rio Claro caracterizou-

---

(71) Martine, G. e Camargo, L. *Crescimento e distribuição da população brasileira: tendências recentes*. Revista Brasileira de Estudos de População. v.1, nº 1/2. 99-143. Jan/Dez. 1984.

(72) Hogan, O.J. e Berlinck, M.T. *O Empobrecimento de São Paulo: análise do declínio das oportunidades de emprego in Cidade - Usos e Abusos*. *op.cit.*

se na última década como uma área urbano-industrial emergente. A saturação da Região da grande São Paulo, tanto em termos demográficos, como de industrialização e urbanização, a deterioração das condições de vida consequente desta saturação, aliada à proximidade territorial da capital com o município, foram sem dúvida fatores determinantes deste crescimento, que ocorreu de forma diferenciada no tempo e no espaço. (73)

Foi determinante também, no crescimento da população, a intensa imigração interestadual, salientando-se aqui, os migrantes provenientes do nordeste e Minas Gerais, onde a esquistossomose ocorre endemicamente.

Este perfil do processo migratório deu-se dentro de uma determinada estrutura sócio-econômica, a mesma que transcende o município, pois a forma que esta se expandiu nos últimos anos em Rio Claro, obedece sobretudo a razões de ordem estadual, nacional e, ainda, multinacional. Já foi mencionado que a indústria da Grande São Paulo deslocou-se para a Região de Campinas, incluindo-se o município de Rio Claro; não é difícil acreditar que entre as causas e consequências deste processo incluía-se a existência de uma abundante mão-de-obra recém-chegada, que provavelmente não exigirá maiores custos. A problemática que surge para o município de Rio Claro é de como enfrentar a deterioração das condições de vida consequentes de

---

(73) SEADE. *Análise Demográfica Regional*. S.P. 1983.

um crescimento tão rápido e desordenado, tornando-se uma área urbano-industrial emergente.

Com o surto de industrialização verificado a partir da última década, a demanda de habitações de baixo custo levou ao loteamento de terrenos anteriormente desprezados, próximos às coleções hídricas (vide fotos). A utilização desses terrenos não só trouxe uma população de poucos recursos para as proximidades dos cursos de água, mas também, graças a uma urbanização não planejada, movida pela especulação imobiliária, levou à formação de condições mais propícias à transmissão da esquistossomose. Isso se deve principalmente a falta de esgoto doméstico na periferia da cidade, onde, mora a maioria dos doentes notificados com esquistossomose pelo Centro de Saúde (fig. 2). Quem percorre a periferia de Rio Claro, logo percebe o grande número de valas de esgoto a céu aberto, drenando para coleção hídricas próximas, sítios ideais para a transmissão da esquistossomose, principalmente, porque a população carente que vive nas suas proximidades, por não dispor de outras opções de lazer, e, ainda, acaba diante da falta de água constante na periferia utilizando-se desses corpos d'água.

A disponibilidade dos equipamentos e serviços urbanos de consumo, bem como sua distribuição no espaço urbano, retrata os processos históricos de desenvolvimento das cidades. De acordo com Oliveira<sup>(74)</sup>, as formas de

---

(74) Oliveira, F. *O terceário e a divisão social do trabalho*. Estudos CEBRAP. 24.137-168.1980.

desenvolvimento do setor terciário, tanto os serviços ligados às atividades da esfera da circulação de mercadorias, quanto os de consumo, incluindo os equipamentos de consumo coletivo, dependem dos ciclos de acumulação do capital que concretamente se expressam na história de uma sociedade. De igual forma, a concentração da população no espaço urbano e periurbano - enquanto força de trabalho - decorre do processo de concentração e centralização das unidades produtivas de serviço.

A expansão dos centros urbanos não foi acompanhada de políticas que assegurassem uma adequada infraestrutura de serviços, tais como, os de água e esgoto, transporte, lazer, abastecimento e de saúde. As desigualdades manifestadas pela localização dos equipamentos urbanos traduzem diferenciais de classe no acesso a tais serviços. A rede de serviços traduz as relações sociais na esfera do consumo, constituindo ramificações complexas de consumo e, como tal, reproduz as desigualdades de classe.

As práticas de consumo que se realizam nessas ramificações complexas implicam um processo de apropriação dos bens materiais a serem consumidos sob determinadas relações sociais. Para as classes trabalhadoras esse processo de apropriação, que é um processo de trabalho, representa desgaste físico, ocupação do tempo e gasto monetário.

Isso implica deslocamentos frequentes através de uma rede de transportes precária e dispendiosa, em busca de assistência médica, algumas vezes, espera para aten

dimento, além da dificuldade em cumprir as datas para as consultas e exames complementares. É fácil perceber que tais fatores reduzem a continuidade do tratamento e a frequência dos contatos com o médico, ao mesmo tempo, em que estimulam a automedicação como estratégia de sobrevivência frente às barreiras que se interpõem ao acesso dos serviços de saúde.

Dentre os serviços urbanos que por sua carência constituem fatores de deterioração da qualidade de vida, os mais importantes dizem respeito ao saneamento básico.

Assim, o fato da esquistossomose autóctone surgir na cidade de Rio Claro, como pode-se observar pelos dados do item seguinte, nesta última década, parece se dever a uma característica particular de seu desenvolvimento urbano, que só a partir do final da década de 60, graças a um surto de industrialização que provocou uma valorização imobiliária, que forçou as camadas mais carentes da população a residirem em habitações precárias nos loteamentos que surgiram na periferia, quase sempre incompletamente urbanizados. Surgiram assim condições para o estabelecimento da transmissão da esquistossomose, graças à proximidade desses novos bairros às coleções híbridas. Tem-se que o fator migração, quando analisado independente de seus determinantes (inversão de capital e absorção de mão de obra) e de suas consequências (atingindo diferencialmente as classes sociais que preponderantemente se deslocam), perde o poder explicativo no processo de disseminação da esquistossomose, ainda que nele tenha

crucial importância.

Para quem está preocupado, em primeiro lugar, com o controle da transmissão da doença, a migração pode ser vista como a causa dos problemas que se procura solucionar. Embora seja inegável que a migração pode, em muitos casos, exacerbar um quadro epidemiológico, há certo risco na perspectiva de considerar a migração como uma variável que pode ser manipulada, sem apreciar devidamente os motivos individuais e as causas estruturais que geram os fluxos migratórios e, talvez sem prestar a devida atenção para os aspectos éticos e políticos da questão. (75)

Em termos de perspectiva futura, em vista de persistir o padrão de urbanização da periferia que favoreceu o estabelecimento da esquistossomose autóctone, parece claro que esta não desaparecerá facilmente de Rio Claro, não obstante não ter atingido nível elevado de transmissão. No entanto, dada a pequena intensidade dos focos, uma vez que a frequência se dá muitas vezes por lazer, e a grande dispersão destes, o controle torna-se muito difícil salvo se houver uma interrupção no processo de urbanização descontrolado.

Salienta-se também que a eficiência do controle da doença não depende exclusivamente de iniciativas empre

---

(75) Sawyer, D. *Migrações Humanas e Doenças Tropicais: fatores sociais*. Anais do Seminário sobre controle de doenças tropicais no processo de migração humana. Ministério de Saúde. Brasília. 1982.

endidas no sentido de ampliar a qualidade de vida no meio urbano, incluindo-se aqui, o atendimento à saúde e aos equipamentos coletivos. Deve-se considerar as várias articulações que atuam sobre o processo saúde-doença que traduzem de uma forma particular as relações entre as classes sociais.

Diante das considerações feitas e dada a importância do processo de urbanização, tal como descrito anteriormente, na instalação da doença em outros municípios, fez-se necessário aprofundar tais conhecimentos no município de Rio Claro.

### 3. A DOENÇA - AS DIMENSÕES DO PROBLEMA

A esquistossomose pode ser considerada, segundo Jacintho da Silva<sup>(76)</sup>, como o "patinho feio" das doenças tropicais - descrita em 1854<sup>(77)</sup>, não despertou, até depois da II Guerra Mundial, grande interesse, ainda que es tivesse longe de ser totalmente ignorada. É, no entanto, hoje uma das seis "grandes" endemias que afligem o mundo, sendo que o seu estudo vem crescendo bastante nos últimos anos.

O relativo desinteresse pela esquistossomose é relativamente fácil de ser explicado, segundo o mesmo autor, pela própria característica da doença. A esquistossomose não é uma doença "democrática" como a malária e a febre amarela, ou mesmo, a varíola - ela afeta apenas aqueles cujas atribuições colocam em contato frequente com coleções hídricas infestadas, de modo que sua distribuição na população sofre um importante viés. Além disso, é fa-

---

(76) Silva, J.L. A evolução do conhecimento acerca da esquistossomose no Brasil: Exemplo de colonialismo interno? Depto de Medicina Preventiva e Social - UNICAMP. 1983. (mimeogr.)

(77) Warren, K.S. Schistosomiasis: The evolution of world literature, selected abstracts and citations. 1852. 1972. Mit. Press. Cambridge. 1973.

cilmente evitada e, também, suas conseqüências estão longe de serem dramáticas, quando muito perceptíveis para o não iniciado. Seus efeitos sobre a produtividade são discutidos até hoje<sup>(78)</sup>, ao contrário da ancilostomose e malária, cujos efeitos sobre a força de trabalho são facilmente perceptíveis e quantificáveis.

A esquistossomose foi descrita no Brasil em 1908, por Pirajá da Silva<sup>(79)</sup>. Uma idéia mais precisa de sua distribuição e importância só se delineou por volta da década de 40 e início da década de 50.

Nos quase 40 anos entre 1908 e meados da década de 40, a esquistossomose parece ter atraído apenas o interesse de pesquisadores do nordeste e de Minas Gerais.

Entre 1908 e 1939, foram publicados na literatura brasileira 107 trabalhos sobre a doença, na maioria por autores do nordeste e de Minas Gerais, muitos em revistas regionais. Em contraste, durante o período de 1940 e 1949, foram publicados 202 trabalhos sobre a esquistossomose na literatura nacional. A ascensão da doença na escala de preferência dos pesquisadores brasileiros, segundo Jacintho da Silva<sup>(80)</sup>, está no conceito existente acer

---

(78) Weisbrod, B.A. e col. Disease and Economic Development: The impact of parasitic disease. Madison. Univ. of Wisconsin Press. 1973.

(79) Silva, M.P. La shistosomose a Bahia. Arch. Parasitolo. 13:281-300. 1908.

(80) Silva, J.L. *op.cit.*

ca da doença durante a primeira metade do século: ainda, que jamais se contestasse sua existência e importância, ao contrário do que ocorreu com a doença de chagas, a esquistossomose era tida como uma doença de distribuição li-mitada ao nordeste e Minas e, apesar de ter sido assinalada no município de Santos, no Estado de São Paulo, em 1923, a presença da endemia no sudeste não parecia ser su-ficiente para suscitar o interesse dos pesquisadores. No entanto, durante a década de 40, com a crescente migração de nordestinos para o sudeste e sul, seja para os centros urbanos, seja para agricultura<sup>(81)</sup>, constatou-se que a doença poderia ser facilmente introduzida na região. A partir dessa época, verifica-se o aparecimento de uma série de trabalhos na literatura alertando para o perigo da introdução da esquistossomose e demonstrando a elevada prevalência da doença entre os migrantes.

Parece ser consenso da maioria dos estudiosos do assunto que a esquistossomose foi introduzida em São Paulo, assim como em outros Estados do sudeste e sul, graças à migração de indivíduos originários das zonas endêmi-cas do nordeste, notadamente na Bahia, Pernambuco, Alagoas e Sergipe, assim como, da porção setentrional do Estado de Minas Gerais. No entanto, tem-se a impressão, ao

---

(81) Durhan, E.R. "Os migrantes nacionais" in Marcondes, J.V.F. São Paulo: espírito, povo, instituições. Pioneira. São Paulo. 1968.

se consultar a bibliografia relativa à epidemiologia da doença no Estado de São Paulo, que se atribui uma desmedida importância à migração como determinante na disseminação da endemia, obscurecendo o significativo papel das questões mais estruturais no estabelecimento e manutenção da doença.

A mera introdução de portadores de uma doença infecciosa numa dada área não é suficiente para que a doença aí se estabeleça, principalmente uma doença cuja transmissão depende de uma série de variáveis, como é o caso da esquistossomose. (82)

Sabe-se que a esquistossomose mansônica é uma doença causada pelo Schistosoma mansoni, trematódeo digenético, que habita o sistema porta hepático (veias do fígado e intestino) do homem e de alguns mamíferos. A sua transmissão é feita através dos excretas de indivíduos infectados. Entretanto, para que o ciclo de transmissão se complete e surja um novo infectado, é imprescindível a existência do hospedeiro intermediário (caramujos do gênero Biomphalaria), onde se efetiva parte do ciclo vital do parasita.

---

(82) Silva, J.L. Crescimento urbano e doença. A Esquistossomose no Município de São Paulo. Apres. no Encontro de Geografia de São Paulo da União Geográfica Internacional. Brasília. 1982. (mimeogr.)

A esquistossomose é, segundo Iarotski e Davis<sup>(83)</sup>, uma das doenças parasitárias mais difundidas por todo o mundo, com um número de pessoas expostas ao risco próximo de 500 milhões. Cerca de 200 milhões de pessoas estão afetadas pelos esquistossomos em várias regiões do mundo. Pela sua larga distribuição geográfica, seus elevados índices endêmicos, e a prevalência de suas formas graves, as esquistossomoses são hoje consideradas entre as mais importantes doenças parasitárias das regiões endêmicas.

O Brasil é hoje colocado como um dos países mais severamente afetados pela esquistossomose. Pessoa<sup>(84)</sup> ressalta a vasta distribuição geográfica da doença, ocorrendo na maioria dos Estados brasileiros. Predomina em áreas extensas da Bahia e Paraíba, bem como, em Minas Gerais, Alagoas, Sergipe, Pernambuco e Espírito Santo, enquanto que focos relativamente limitados são encontrados no Ceará, Pará, Rio de Janeiro e Paraná, assim como em São Paulo e Goiás.

Possas<sup>(85)</sup> comenta que a esquistossomose consti

---

(83) Iarotski, L.S. and Davis, A. *The schistosomiasis problem in the world: results of a WHO questionnaire survey*. BULL. WHO. 58(1). 115-127. 1981.

(84) Pessoa, S. Parasitologia Médica. Ed. Kogan. Rio de Janeiro. 1978.

(85) Possas, C. Saúde e Trabalho - A crise da Previdência Social. Graal Ed. Rio de Janeiro. 1981.

tui igualmente hoje um dos mais sérios problemas sanitários do país, com 12 milhões de pessoas atingidas.

Amato Neto<sup>(86)</sup> cita a esquistossomose como um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil. É provável, comenta o autor, que represente a endemia mais expressiva, devido ao fato da intensidade dos distúrbios orgânicos provocados pelo Schistosoma mansoni e, que as alterações são crônicas e irreversíveis nas formas clínicas adiantadas, ainda que outras parasitoses possam suplantá-la quanto ao número de indivíduos acometidos.

Katz<sup>(87)</sup> em artigo publicado no jornal Estado de Minas Gerais, enfatizou a importância das pesquisas no campo da esquistossomose, dizendo de 30 milhões de brasileiros sofrem da doença, incluindo 10% da população escolar entre 7 e 14 anos.

Apesar de ser facilmente evitada, segundo Jacintho<sup>(88)</sup>, vários autores comentam ser a esquistossomose de profilaxia complexa, devido ao fato de serem os transmissores moluscos aquáticos (planorbídeos) de difícil combate e, ainda, que incidindo a parasitose em zonas muito quentes e irrigadas, tudo concorre para maior contato do homem com a água.

---

(86) Amato, N. Verminoses Intestinais. A.R. Editora. 1973.

(87) Katz, N. Pesquisadores desenvolvem moluscida contra xistose. Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte. 1984.

(88) Silva, J.L. *op.cit.*

Além disso, as medidas profiláticas tem sido sempre setoriais, quando se sabe que esta doença está intimamente ligada às condições de vida das classes populares.

No Estado de São Paulo, como dito anteriormente, o primeiro foco dessa doença foi observado por Arantes (in Piza) <sup>(89)</sup>, na cidade de Santos. A partir daí, novos focos foram sendo descobertos e a grande maioria instalou-se nos municípios do Vale do Paraíba, em grande parte devido ao deslocamento dos trabalhadores rurais <sup>(90)</sup>. Em 1972, Piza e col. elaboraram a primeira carta planorbídica\* do Estado de São Paulo, onde assinalaram a presença de espécies transmissoras em 227 (39,75%) municípios dos 571 existentes. As espécies transmissoras então detectadas foram: Biomphalaria tenagophila em 208 municípios, Biomphalaria glabrata em 18 municípios e Biomphalaria straminea em 1 município.

Relataram também o encontro de B. tenagophila e B. glabrata naturalmente infectadas em respectivamente 29 (13,94%) e 3 (16,6%) dos municípios onde estas espécies foram assinaladas.

Após esse primeiro levantamento planorbídico, a

---

\*Carta planorbídica: levantamento do hospedeiro intermediário.

(89) Piza, F.T. e Ramos, A. Os focos autóctones de esquistossomose no Estado de São Paulo. Arg.Hig.Saúde Pública. 25(86):261-271. 1960.

(90) Piza, F.T. e Ramos, A. Esquistossomose no Vale do Paraíba. Rev.Instituto Adolpho Lutz. 19-97-143. 1959.

medida que as espécies transmissoras foram sendo identificadas em outros municípios do Estado, através das pesquisas de rotina sendo realizadas pela CACESQ e, posteriormente pela SUCEN, a listagem inicial foi acrescida pelas espécies encontradas, infectadas ou não.

Comparando-se os dados de 1972 e 1983<sup>(91)</sup> verifica-se que as modificações ocorridas foram pequenas:- acréscimo de uma região administrativa em relação às que apresentavam planorbídeos infectados inicialmente (Ribeirão Preto com um foco em Bebedouro); o número de municípios com focos foi acrescido de 8, sendo que na Grande São Paulo, embora o número tenha se mantido, 3 deles tiveram seus focos considerados extintos, tendo sido, no entanto, substituídos por outros 3 municípios; nas demais regiões, os municípios que apresentaram focos inicialmente, permanecem até o presente, as regiões com maior percentual de municípios com focos de 1972 (Baixada Santista, Vale do Paraíba e Vale do Ribeira) permanecem as mesmas.

Com relação à situação da esquistossomose no Estado de São Paulo, Piza<sup>(92)</sup> situa, sinteticamente, quatro fases: a da descoberta dos primeiros casos em Santos; a

---

(91) SUCEN. Programa de controle da esquistossomose mansônica. 1983. (mimeogr.)

(92) Piza, F.T. Esboço histórico da esquistossomose em São Paulo. Relato de alguns fatos de importância referentes ao seu combate. (mimeogr.).

de alerta ou de advertência; a descoberta de importantes focos no Vale do Paraíba, o que vale dizer, a da afirmação da possibilidade da implantação da parasitose no Estado, constituindo problema sanitário de suma importância e a da criação da CACESQ (1968). O Segundo Encontro sobre Esquistossomose<sup>(93)</sup> reconhece que a cronologia dos fatos referentes à história recente dessa parasitose no Estado de São Paulo pode ser dividida em três fases. A primeira que compreende as décadas de 1920 e 1960 e que se caracteriza por trabalhos científicos individuais relatando casos autóctones. A primeira descrição de um caso autóctone dá-se em 1923 na Baixada Santista. Em 1952 é descrito o foco da região de Marília e em 1955 o foco do Vale do Paraíba. Esta fase se encerra com a descoberta do foco do Vale do Ribeira. Uma grande polêmica em torno da importância ou não destes casos em termos de Saúde Pública foi desencadeada, baseada no fato de ser o B. tenagophila o planorbídeo encontrado como vetor. A segunda fase vai desde 1968 até 1976. Esta fase inicia-se com a criação da Campanha de Combate à Esquistossomose (CACESQ). Em 1972 é feita a primeira carta planorbídica para o Estado de São Paulo. Nesta época, dá-se grande ênfase ao controle do caramujo. Em 1976 a CACESQ é incorporada pela SUCEN, caracterizando-se, assim, o início da terceira fase. Reconhece-se que para o Estado de São Paulo três áreas são de importância: a Baixa Santista, o Vale do Ribeira e o Vale do

---

(93) SUCEN. Segundo Encontro sobre Esquistossomose. São Paulo. 1982. (mimeogr.)

Paraíba.

Quanto aos aspectos ligados ao hospedeiro intermediário nas áreas de transmissão do Estado de São Paulo, embora os índices de positividade para as 7 regiões administrativas do Estado com focos conhecidos sejam baixos, diferença relativa entre o maior (0,37% para a Baixada Santista) e o menor (0,01% para Ribeirão Preto) é elevada (37 vezes maior), indicando haver diferenças na importância epidemiológica dessas regiões.

Quanto ao hospedeiro definitivo foram investigados no Estado de janeiro de 1978 a junho de 1982, 111.166 casos notificados. Segundo a SUCEN<sup>(94)</sup>, verifica-se que 88% dos casos são importados e apenas 10% foram classificados como autóctones do Estado de São Paulo. Dos 111.166, 53% são procedentes da região da grande São Paulo. Nessa região há um predomínio absoluto de casos importados. Os casos autóctones não são de grande importância epidemiológica, já que são consequência de focos isolados e, a maioria ligados às atividades de lazer da população de faixa etária mais jovem.

Assim, o grande problema referente à esquistossomose na região da grande São Paulo é o elevado número de portadores, a grande maioria assintomática, que na ausência de programas específicos de diagnósticos e tratamento pela rede médico-sanitária, morando em áreas perifé-

---

(94) SUCEN, 1982. *op.cit.*

ricas desprovidas de condições de saneamento adequadas, tem todas as condições epidemiológicas para se tornarem elos importantes na cadeia de transmissão da moléstia e na instalação de novos focos de transmissão, levando a uma possível expansão da endemia nas áreas periféricas.

As demais regiões do Estado tem comportamento muito diverso entre si, algumas com total ausência de casos autóctones, como São José do Rio Preto e Araçatuba. Outras regiões como Baixada Santista, Campinas, Ribeirão Preto e Marília apresentam níveis de autoctonia importantes, mais ainda, distantes das regiões endêmicas do Estado: Vale do Paraíba e parte do Vale do Ribeira.

No decorrer de 1985 foram diagnosticados 18.371 casos de esquistossomose mansônica no Estado de São Paulo, pelas Unidades Sanitárias da Coordenadoria de Saúde da Comunidade, SUCEN e Entidades Colaboradoras do Programa que contribuíram, respectivamente, com 58,10%; 23,62% e 18,28% dos casos detectados. (95)

Em 1985, manteve-se a tendência observada nos últimos anos de diminuição do número de casos notificados, apresentando uma queda de 14,75% em relação a 1984, sendo que este decréscimo foi mais intenso na SUCEN (29,05%) seguido pelas Unidades Sanitárias (10,89%).

---

(95) SUCEN. Programa de Controle da Esquistossomose no Estado de São Paulo. Relatório Anual. 1985. (mimeogr.).

A redução na detecção de portadores de esquistossomose é um fato que, apesar de observado há alguns anos, ainda carece de um estudo mais aprofundado, segundo a SUCEN<sup>(96)</sup>, visando diagnosticar quais fatores estariam inferindo neste comportamento.

Comparando-se os dados de 1985 com o ano anterior, verifica-se uma redução do percentual de autoctonia nos serviços regionais de São Vicente, Marília e, embora discreta, Ribeirão Preto. Em contrapartida, observa-se um aumento deste percentual nos Serviços Regionais de Taubaté e Devale. Ressalta-se ainda, a detecção de autoctonia em Bauru (6 casos) e o aumento ocorrido em Campinas (76 casos, contra 48 casos em 1984).

Os maiores percentuais de autoctonia foram observados nos municípios de Taubaté, Devale e Marília.

Quanto à distribuição dos casos autóctones de esquistossomose por sexo, verifica-se predomínio do sexo masculino sobre o feminino, 73,12% e 26,88%, respectivamente.

Quanto à faixa etária, evidencia-se que a maior parte (66,28%) encontra-se na faixa de 10 a 29 anos, destacando-se a faixa de 10 a 14 que apresentou um percentual de 23,68%, seguido da faixa de 20 a 29 com 22,61% e de

---

(96) SUCEN. *op.cit.*

15 a 19 com 19,99%. Comparando-se a distribuição dos casos autóctones de 1985 e 1984, observa-se que tal distribuição não sofreu grandes alterações, exceção feita à faixa de 5 a 9 anos, que apresentou um percentual de 11,82% contra 6,00% em 1984. (97)

No entanto, hoje, não obstante as investigações realizadas, pouco se sabe a respeito da dinâmica epidemiológica da esquistossomose nas diferentes áreas de transmissão da doença no Estado. As características ecológicas fundamentais parecem ser semelhantes - todas as áreas, com exceção da Bacia do Paranapanema, apresentam o mesmo hospedeiro intermediário, o Biomphalaria tenagophila (98); a introdução da doença em todas as áreas parece ter sido através do incremento da migração interna depois da Segunda Guerra Mundial, no entanto, existem algumas diferenças básicas: os focos do Vale do Paraíba, em sua maioria, assim como, os de Itariri - Pedro de Toledo e da Bacia do Paranapanema, parecem estar associados com a atividade agrária, ao contrário dos focos de Santos, São Paulo e Campinas, de características nitidamente urbanas.

É importante assinalar que apesar da redução na detecção de portadores, o surgimento de novos locais com casos autóctones, principalmente no interior do Estado.

---

(97) SUCEN. *op.cit.*

(98) Correa, R.R.; Piza, J.T.; Ramos, A.S. e Camargo, S.L. *Planorbídeos do Est. de São Paulo: sua relação com a esquistossomose. Arq. Hig. Saúde Pública. 27: 139-159. 1962.*

#### 4. A ESQUISTOSSOMOSE DO MUNICÍPIO DE RIO CLARO - SP

##### 4.1. O surgimento da esquistossomose autóctone na última década.

O município de Rio Claro, em estudo realizado pela presente autora<sup>(9)</sup>, apresentava em 1981, algumas características fundamentais ("potencial ecológico") para o estabelecimento de um foco de esquistossomose: o município recebia razoável contingente migratório de outros Estados, principalmente do nordeste brasileiro e de Minas Gerais. A análise parasitológica da população em estudo na época, mostrou que nos últimos anos tinham sido detectados vários casos desta parasitose. Dos corpos de água analisados, quatro apresentavam o planorbídeo, representado principalmente pelo B. tenagophila. A análise das condições sócio-econômicas das famílias migrantes selecionadas mostravam que as condições de moradia eram precárias, principalmente, no que se refere as condições sanitárias, facilitando tanto a contaminação fecal dos corpos de água das proximidades, quanto o próprio contato da população com os mananciais. A renda familiar de 25% das famílias migrantes selecionadas era menor que 1 salário mínimo e de 43% era menor que 2 sa

---

(9) Ferreira, L.C.; Pignatti, M. e Yamashita, M. *op.cit.*

lários mínimos. Os autores concluíam que os dados obtidos, embora preliminares, permitiam observar a existência de condições para instalação no município de um foco de esquistossomose, embora, ainda, nessa época, não havia casos autóctones notificados e, portanto, o foco em si não estaria instalado.

Em 1984, Carvalho<sup>(100)</sup> com o objetivo de levantar outros aspectos em termos de condições ou variáveis propícias ao estabelecimento de um foco de esquistossomose no município de Rio Claro, efetuou um trabalho, dando ênfase aos casos notificados no Centro de Saúde de pessoas residentes no Município de 1975-1984. Os dados relacionados abaixo são deste estudo citado e do presente trabalho, que coletou alguns dados ainda não levantados.

Com relação aos dados notificados sobre a população residente infectada e notificada no Centro de Saúde, o gráfico 1 apresenta o número de casos notificados nos anos de 1975 até julho de 1985.

Embora em 1978 o número de casos notificados tenha sido mínimo (3 casos, este pequeno número faz levantar dúvidas sobre estes dados), o que se observa é uma tendência no aumento destes casos, atingindo um pico em 1982 e 1984. Salienta-se, entretanto, que de acordo com o Distrito Regional de Campinas, há uma diferenciação de da

---

(100) Carvalho, L.M. *op.cit.*

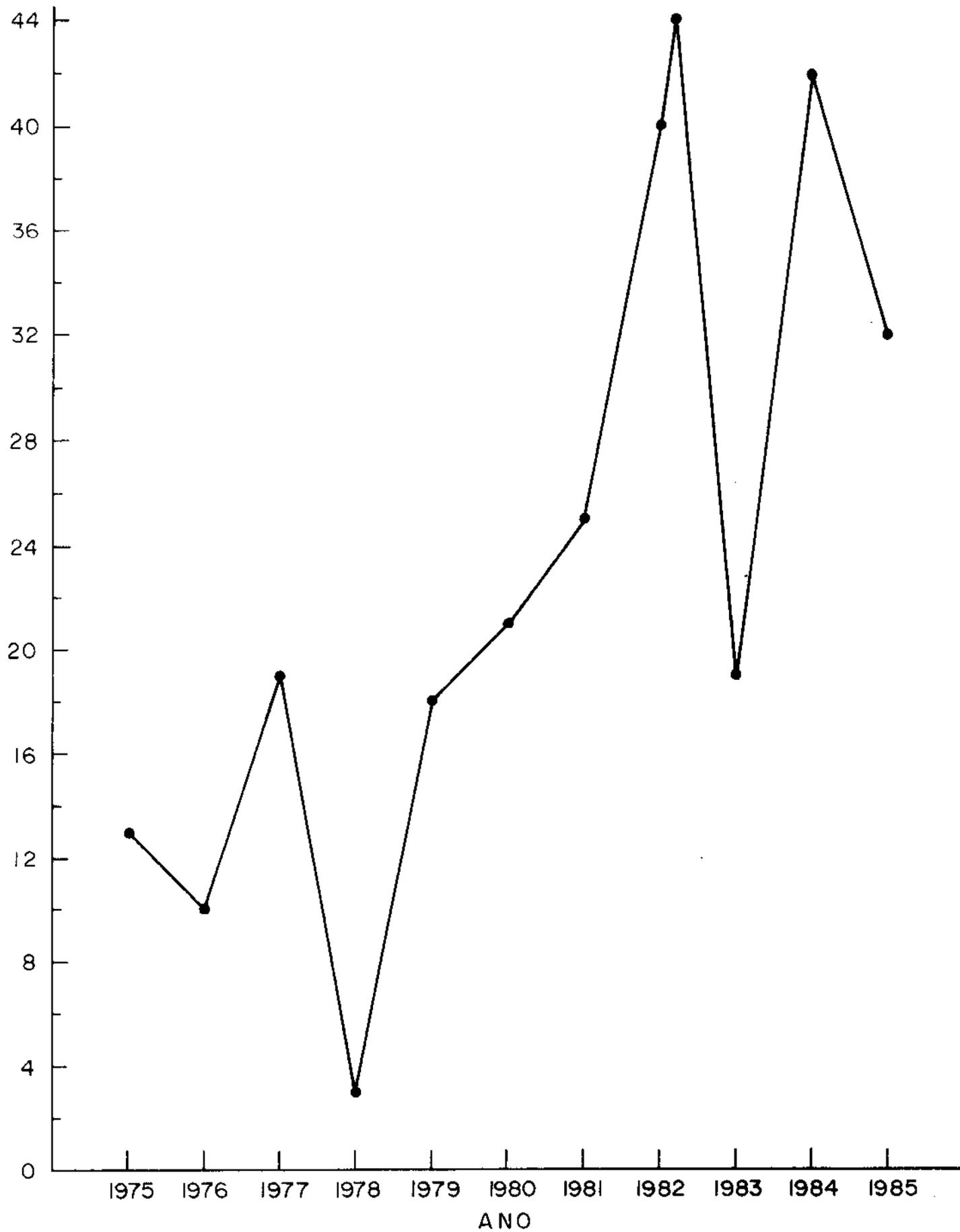


Gráfico 1 - Número de indivíduos infectados por *S.mansoni* e notificados ao Centro de Saúde para o município de Rio Claro.

dos, ou seja, o número de casos notificados para o Distrito é de 69 casos em 1984. No entanto, optou-se no presente trabalho, utilizar-se dos dados do Centro de Saúde, dado o maior número de informações disponíveis.

Quando esses dados são analisados segundo o sexo, observa-se que apenas nos anos de 1981, 1983, 1984 e 1985, o número de pessoas infectadas e notificadas do sexo feminino foi superior ao masculino. A porcentagem do total do número de casos notificados foi em torno de 53% para o sexo masculino e 47% para o feminino (gráfico 2).

A tabela 9 sumaria os resultados quando analisados especificamente por faixas etárias. A faixa etária que apresenta uma maior porcentagem é a de 15-20 anos. A soma das porcentagens das faixas de 10-15 até 30-35 atinge os 70%.

No que se refere a ocupação dos indivíduos (tabela 10) infectados, 27.55% são domésticas. O valor em termos percentuais imediatamente inferior a este é para os lavradores (11.22%), seguido por operários (7.65%), servente geral e pedreiro. A porcentagem observada para estudantes parece baixa (4.59%), uma vez que, uma das faixas mais atingidas está em idade escolar. Acredita-se que pelo fato de ser estudante, esse dado tenha sido omitido nas fichas.

O padrão observado, ou seja, maior número de pessoas do sexo masculino infectadas e faixa etária de maior peso, em termos de número de infectados, parece concordar com os dados epidemiológicos já coletados em outras regi-

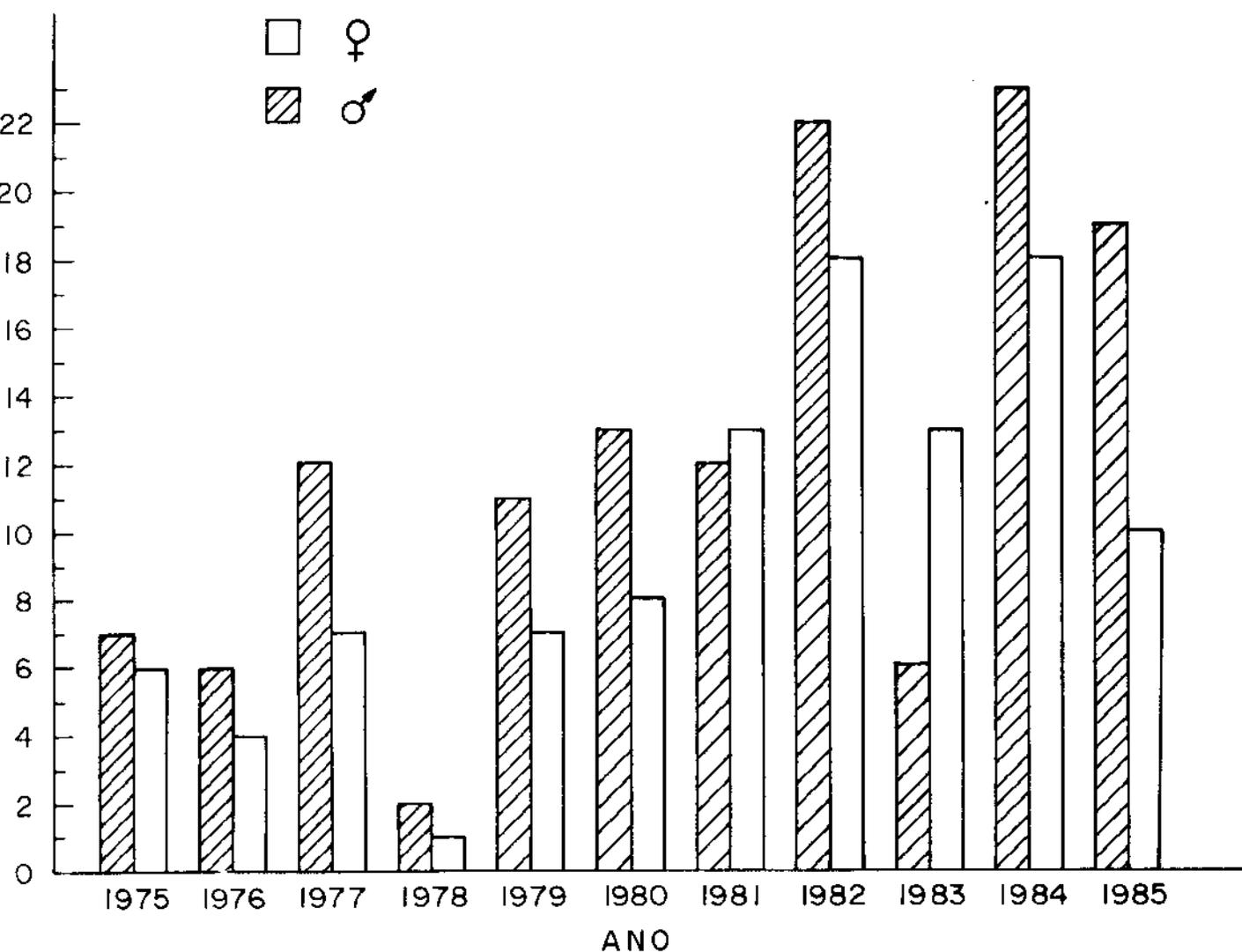


Gráfico 2 - Número de indivíduos, por sexo, infectados por *S. mansoni* e notificados ao Centro de Saúde, para o Município de Rio Claro.

Tabela 9 - Infecção por S.mansonii notificada ao Centro de Saúde de Rio Claro, segundo a idade.

Idade	Anos	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	TOTAL	%
0 - 5	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	6	-	8	1.02
5 - 10	1	-	1	-	-	-	-	1	1	1	3	2	10	4.08
10 - 15	3	1	4	1	1	2	4	3	2	2	5	1	27	13.77
15 - 20	3	3	3	-	-	1	5	5	9	-	9	8	46	17.35
20 - 25	1	3	3	-	-	-	6	2	4	4	5	6	35	14.79
25 - 30	3	3	1	2	2	4	1	3	8	1	6	5	37	14.28
30 - 35	-	-	2	-	-	5	3	4	5	2	2	6	29	11.22
35 - 40	2	-	-	-	-	-	1	1	2	4	1	1	12	5.61
40 - 45	-	-	3	-	-	1	-	2	2	2	2	1	12	6.12
45 - 50	-	-	1	-	-	-	-	2	2	-	1	-	6	3.06
50 - 55	-	-	-	-	-	2	1	1	2	1	1	1	10	4.09
55 - 60	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	-	1	4	1.54
60 e +	-	-	-	-	-	2	-	-	2	1	1	-	6	3.07
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>19</b>	<b>3</b>	<b>18</b>	<b>25</b>	<b>21</b>	<b>40</b>	<b>19</b>	<b>42</b>	<b>32</b>	<b>242</b>	<b>100.00</b>	

Tabela 10 - Ocupação dos indivíduos infectados por S.mansoni notificados ao Centro de Saúde do município de Rio Claro.

Ocupação	Anos	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	TOTAL	%
Lavrador		4	1	4	-	1	-	2	5	2	3	-	22	11.22
Operário		1	1	2	-	3	1	1	3	1	4	5	22	7.65
Doméstica		-	3	3	2	5	2	10	13	9	9	5	61	27.55
Ser. Geral		-	-	-	-	1	2	-	5	3	1	2	14	6.12
Estudante		-	1	3	-	1	1	1	-	-	2	1	10	4.59
Ceramista		-	-	-	-	-	1	2	1	-	-	1	5	2.04
Comerciante		-	1	-	-	1	2	-	-	-	1	-	5	2.55
Pedreiro		-	-	-	-	-	-	3	2	-	4	4	13	4.09
Outros		4	2	2	-	1	3	4	6	-	10	8	40	13.78
Sem Informação		4	1	5	1	5	9	2	5	4	3	-	39	20.41
Bóia-Fria		-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	4	7	2.89
Desempregado		-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	4	1.65
<b>TOTAL</b>		<b>13</b>	<b>10</b>	<b>19</b>	<b>3</b>	<b>18</b>	<b>21</b>	<b>25</b>	<b>40</b>	<b>19</b>	<b>42</b>	<b>32</b>	<b>242</b>	<b>100.00</b>

ões. Em Pedro de Toledo, por exemplo, segundo Carvalho<sup>(101)</sup>, o sexo masculino é mais atingido que o feminino e nos jovens a prevalência é maior.

A tabela 11 apresenta os resultados sobre os locais de suspeita de autoctonia e infecção por S.mansoni da população estudada. O Estado que mais contribui com migrantes infectados para Rio Claro é Minas Gerais. O número de pessoas infectadas que chegam deste Estado atinge a cifra dos 38.26% do total de notificações. A Bahia também aparece com destaque contribuindo com 17.35%, Pernambuco com 8.67% e Alagoas com 7.14%. Outro aspecto muito importante que pode ser observado na tabela é a suspeita de dois autóctores em Rio Claro.

Segundo a SUCEN<sup>(102)</sup> existem no município 4 casos autóctones já detectados, nos bairros de Cidade Nova (2 casos), Jardim Mirassol (1 caso) e Jardim Cherveson (1 caso).

Dos locais pesquisados em termos de presença ou não do caramujo no município<sup>(103)</sup>, os resultados foram positivos para o Lago Azul, Lagoa Cherveson, Lagoa Ponte do Corumbataí e vala do esgoto do bairro Cidade Nova. Embora a identificação e a análise somente da morfologia externa

---

(101) Carvalho, L.M. *op.cit.*

(102) SUCEN. Programa de Controle da Esquistossomose. Campinas. 1985. (mimeogr.)

(103) Carvalho, L.M. *op.cit.*

Tabela 11 - Local de suspeita de infecção por S.mansoni notificados ao Centro de Saúde do município de Rio Claro.

Local	Anos	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	TOTAL	%
São Paulo:														
outros munic.		1	1	1	-	1	2	1	4	-	2	1	14	6.63
Rio Claro		-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	0	2	1.02
Minas Gerais		9	2	11	1	4	6	7	21	6	20	7	94	38.26
Bahia		2	6	1	-	4	6	6	1	6	6	6	44	17.35
Pernambuco		-	1	-	1	3	5	5	1	1	1	7	25	8.67
Alagoas		-	-	1	-	3	-	3	4	1	5	1	18	7.14
Sergipe		-	-	1	-	1	1	-	1	-	2	1	7	2.55
Maranhão		-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.52
Pará		-	-	-	-	-	-	1	2	-	-	-	3	1.53
Paraná		-	-	-	-	-	-	-	1	2	-	2	6	2.04
Mato Grosso		-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	0	1	0.52
Sem Informação		1	3	3	1	1	1	2	3	3	4	4	23	13.77
<b>TOTAL</b>		<b>13</b>	<b>10</b>	<b>19</b>	<b>3</b>	<b>18</b>	<b>21</b>	<b>25</b>	<b>40</b>	<b>19</b>	<b>42</b>	<b>32</b>	<b>242</b>	<b>100.00</b>

LEGENDA

- |                                  |                               |                                    |                                 |
|----------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| 1- RESERVA DE FLORESTA           | 28- JARDIM HIPÓDROMO          | 57- BAIRRO DO ESTÁDIO              | 86- JARDIM SHANBRILA            |
| 2- COND. R. MEO DAS ÁGUAS CLARAS | 29- VILA SAIBREIRO            | 58- JARDIM CIDADE AZUL             | 87- JARDIM RIO CLARO            |
| 3- PARQUE 1ª PRETA               | 30- VILA APARECIDA            | 59- JARDIM DILINDA                 | 88- CHACARA LUZA                |
| 4- VILA INDUSTRIAL               | 31- BAIRRO DA SAÚDE           | 60- VILA ELIZABETH (E.N.H.)        | 89- JARDIM DUTANDIMMA           |
| 5- COND. RE. VILAS VILAS VERDE   | 32- VILA SANTO ANTONIO        | 61- JARDIM ALTO DO SANTANA         | 90- JARDIM DO TREVO             |
| 6- VILA ST. MIGUEL               | 33- CIDADE JARDIM             | 62- VILA SANTA TEREZINHA           | 91- JARDIM SÃO PAULO II         |
| 7- PARQUE DOS EUCALIPTOS         | 34- JARDIM RESID. COPACABANA  | 63- JARDIM SANTA MARIA             | 92- VILA ANHANQUERA             |
| 8- JARDIM TORQUE RESIDENCIAL     | 35- CONJ. HAB. BOA ESPERANCA  | 64- RECANTO PARRAISO               | 93- JARDIM NOVO HORIZONTE       |
| 9- JARDIM LILADE                 | 36- PARQUE DAS INDUSTRIAS     | 65- PARQUE UNIVERSITARIO           | 94- JARDIM PAULISTA             |
| 10- COND. H. ÁRDO IRIS I CECAP   | 37- JARDIM INDEPENDENCIA      | 66- JARDIM WENZEL                  | 95- JARDIM PROCOOP E COHAB      |
| 11- VILA D. TITIA                | 38- JARDIM PRIMAVERA          | 67- JARDIM BELA VISTA              | 96- CHACARA BOM RETIRO          |
| 12- VILA B. DEFRANTES I COHAB I  | 39- JARDIM IPANEMA E EXPANSÃO | 68- JARDIM SÃO PAULO               | 97- JARDIM CENENÁRIO            |
| 13- VILA N. J.                   | 40- JARDIM CHEVESON           | 69- VILA DO RÁDIO                  | 98- NOVA VENÉZIA                |
| 14- JARDIM AMERICA               | 41- JARDIM PORTUGAL           | 70- JARDIM CLARET                  | 99- JARDIM RESID. DAS PALMEIRAS |
| 15- VILA SÃO JOSÉ                | 42- VILA OPERARIA             | 71- BAIRRO OLÍMPICO                | 100- JARDIM ESMERALDA           |
| 16- VILA ALYPIA                  | 43- ZONA CENTRAL              | 72- MUNICIPIO                      | 101- JARDIM SUANABARA           |
| 17- VILA BELA VISTA              | 44- PARQUE SÃO JORGE          | 73- JARDIM KENNEDY                 | 102- VILA ROSANA                |
| 18- JARDIM VILA BELA             | 45- CHACARA BOA VISTA         | 74- JARDIM ANHANQUERA              | 103- JARDIM NOVO II             |
| 19- VILA ILDIA                   | 46- JARDIM SÃO JOÃO           | 75- JARDIM BOA VISTA               | 104- JARDIM NOVO                |
| 20- JARDIM N. S. DA SAÚDE        | 47- JARDIM SÃO CAETANO        | 76- JARDIM PANORAMA                | 105- RES. CAMPESTRE VILA RICA   |
| 21- VILA M. DO FLORESTAL         | 48- JARDIM AZUL               | 77- JARDIM PANORAMA II             | 106- RECANTO SÃO CARLOS         |
| 22- VILA POLIUSTA                | 49- JARDIM A. KARAN           | 78- JARDIM PANORAMA COMPLEMENTAÇÃO | 107- JARDIM MARIA CRISTINA      |
| 23- JARDIM COLIUTTA              | 50- ALTO DO SANTANA           | 79- JARDIM DAS PINEIRAS            | 108- JARDIM SIGAL               |
| 24- JARDIM FLORESTANA            | 51- BAIRRO SANTA CRUZ         | 80- JARDIM DAS PINEIRAS EXPANSÃO   | 109- NOVO JARDIM WENZEL         |
| 25- JARDIM DO IPÊ                | 52- BAIRRO SANTA CRUZ         | 81- JARDIM RESID. SANTA ELIZA      | 110- JARDIM BOM SUCESSO         |
| 26- BAIRRO LÍDICE NOVA           | 53- BAIRRO BOA MORTE          | 82- GRANJA REC. 13                 | 111- JARDIM NOVO RIO CLARO      |
| 27- JARDIM SANTA CLARA           | 54- BAIRRO SÃO BENEDITO       | 83- CIDADE CLARET                  | 112- PARQUE SÃO CONRADO         |
| 28- VILA MARTINS                 | 55- BAIRRO DA CONSOLAÇÃO      | 84- JARDIM MIRZOL                  | 113- FOMES E BOSQUES ALA. GREI  |
|                                  |                               |                                    | 114- CHACARA BOM RECREIO        |

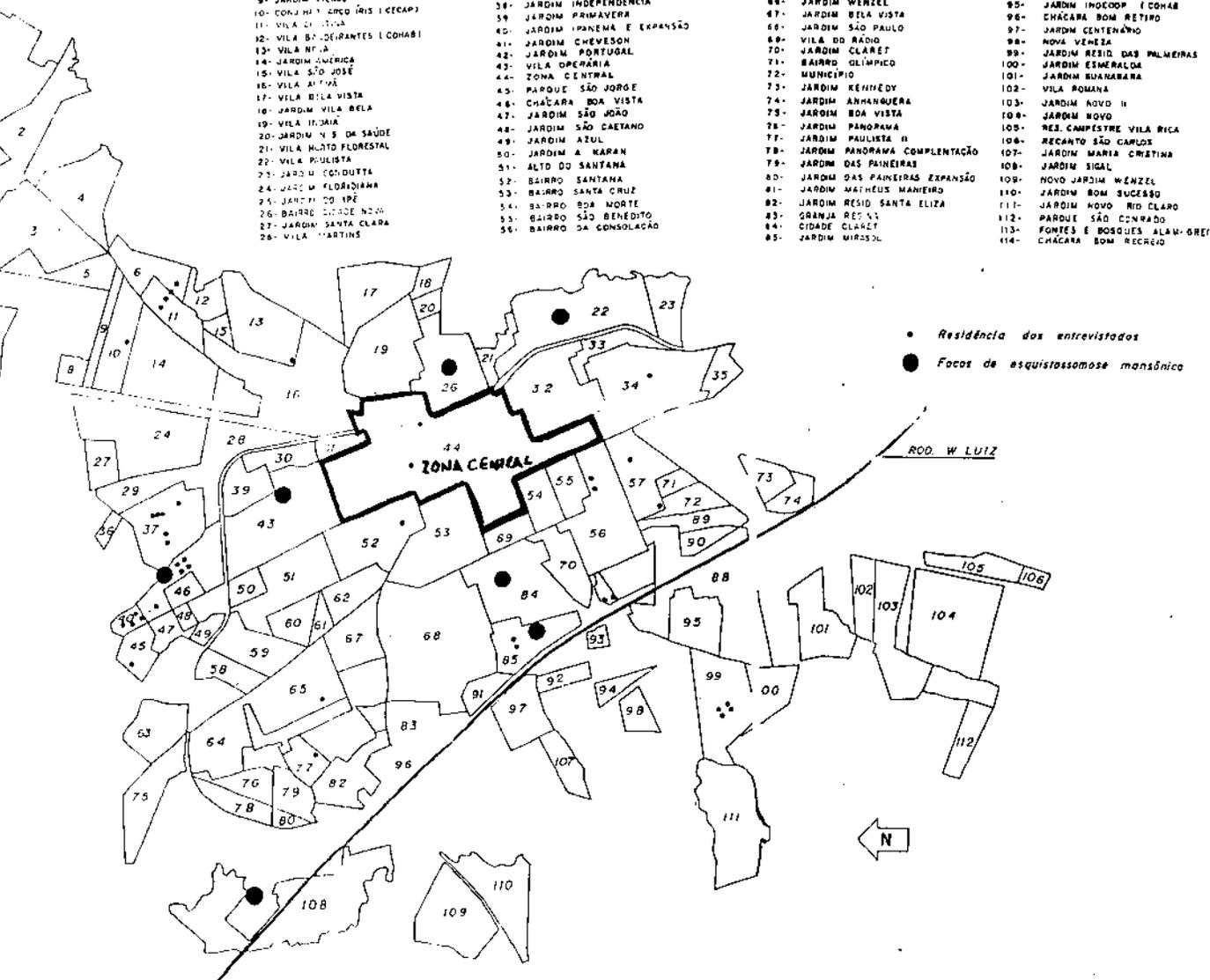


Figura 2 - Localização dos criadouros de planorbídeos no município de Rio Claro e residência dos entrevistados.

(concha) possa conduzir a erros, os técnicos da SUCEN, identificaram todos os exemplares como sendo de B.tenagophila. No trabalho realizado pela presente autora<sup>(104)</sup>, em 1981, além do B.tenagophila foram também encontrados indivíduos de B.schrammea. Os caramujos foram encontrados, nesta época, na Lagoa da Chácara Santa Maria, na Lagoa da Fazenda Wenzel e na Lagoa Ponte do Rio Corumbataí (figura 2).

Segundo a SUCEN<sup>(105)</sup>, os criadouros até agora encontrados em Rio Claro são classificados como de tipo I, ou seja, criadouros de "grande" importância epidemiológica, que recebem "dejetos humanos e também são frequentados pelo homem", e estão localizados no Bairro Cidade Nova, Vila Paulista, Jardim Mirassol, Bairro Cidade Claret, Vila Operária e Jardim Cherveson.

#### 4.2. A Reprodução do Cotidiano e a Doença

Apesar de adotar-se, em função de uma maior clareza de exposição, uma apresentação sucessiva dos diversos fatos que contribuem, de uma forma ou de outra para a pro-

---

(104) Ferreira, L.C. *op.cit.*

(105) SUCEN. Levantamento de Focos. Rotina. 1985. (mimeogr.).

dução e reprodução da doença no município, parece oportuno, dado o referencial adotado, entender e aprofundar como as condições de existência cotidianas contribuem para o desenrolar do processo.

Dado o ciclo evolutivo do Shistosoma mansoni a transmissão da doença ocorre pela contaminação dos corpos de água por fezes contendo ovos do parasita. Esta contaminação é altamente favorecida pelo destino inadequado do esgoto, condições frequentemente observada nos bairros de periferia do município de Rio Claro.

Local da pesquisa: bairros periféricos de Rio Claro.

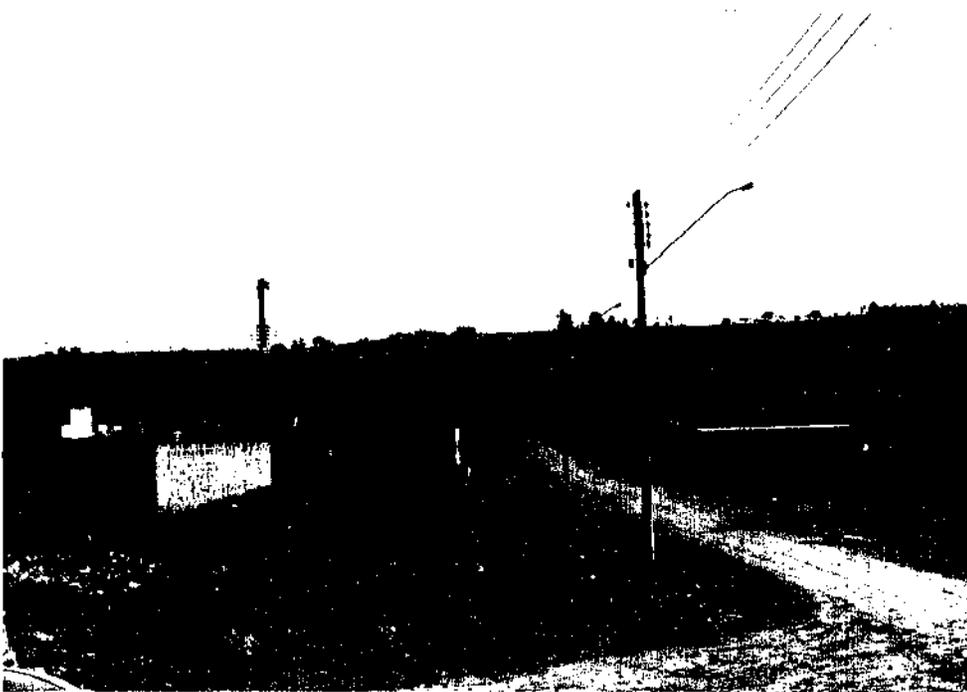
Uma visita aos bairros onde moram os doentes selecionados para a entrevista, mostra que as condições de moradia são precárias, podendo ser melhor enquadradas na categoria de "casas de periferia", segundo classificação de Morse<sup>(106)</sup>, ou seja, materiais de construção heterogêneos, na sua maioria com piso de terra batida, localização periférica e distintos graus de acesso a serviços públicos, ou seja, são servidas por rede de água e iluminação, porém desprovidas de rede de esgoto e não possuem,

---

(106) Morse, A. "Favelas do Município de São Paulo" in Tacher, S.P. A Luta pelo Espaço: Textos de Sociologia Urbana. Ed. Vozes. Petrópolis. 1979.

em sua maioria ruas pavimentadas.

A apresentação das fotografias que se seguem é ilustrativa, tirados nos locais de moradia de alguns doentes notificados com esquistossomose mansônica no Centro de Saúde de Rio Claro. Colocadas a seguir, estas ilustrações objetivam aproximar o leitor do contexto físico e do material empírico da pesquisa, no sentido da melhor visualização das condições de moradia da população estudada. A presença de vales de esgoto a céu aberto, drenando para coleções hídricas próximas, sítios ideais para a transmissão da esquistossomose é um dos fatores observados que se gostaria de ressaltar.



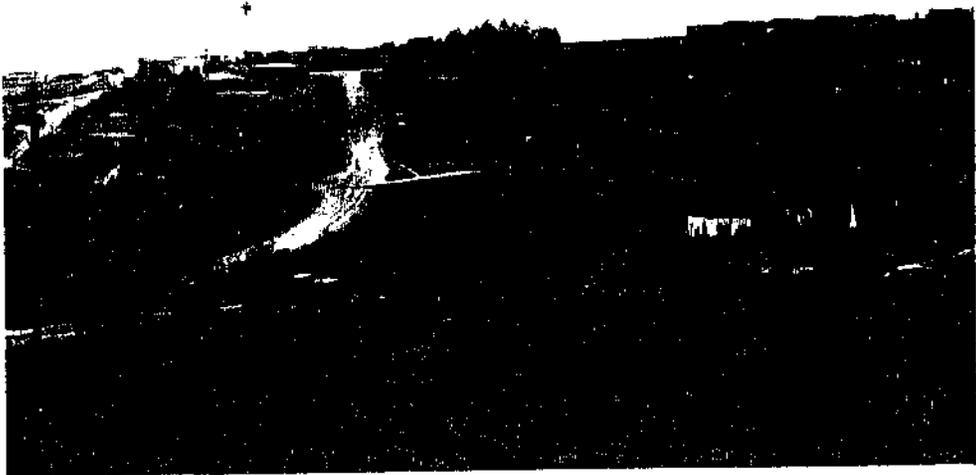
Bairro Jardim Residencial das Palmeiras.



Bairro Chervezon



Bairro Vila Olinda



Bairro Jardim Residencial das Palmeiras.



Bairro Jardim Mirassol

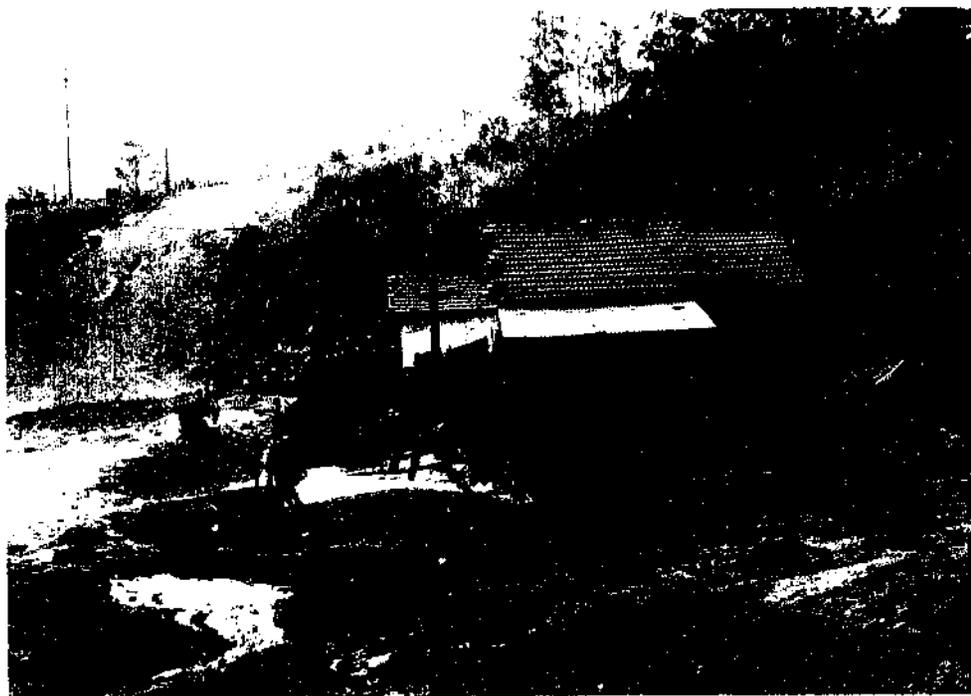


Bairro Jardim Mirassol



Valas de esgoto em frente  
as residências no Jardim  
Ipanema.

Bairro Vila São Miguel.



Parque São Jorge.



Alguns fatores relevantes na transmissão da esquistossomose constam da tabela 12.

Tabela 12 - Fatores de relevância na transmissão da doença.

TOTAL DE DOENTES	FORNECIMENTO DE ÁGUA		ESGOTO		PRESENÇA DE CURSOS D'ÁGUA	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Nº DE DOENTES	36	4	12	28	40	-
%	90	10	27,5	72,5	100	-

Pode-se observar que o aspecto sanitário, do ponto de vista dos equipamentos coletivos dos bairros onde moram os doentes notificados é preocupante.

Das casas visitadas 90% são providas de rede de água, porém, segundo informações dos próprios moradores, a instalação da rede é recente e devido a frequente falta de água, seus moradores são obrigados a utilizarem água de minas e córregos próximos ao local de moradia, para ingestão, banho e lavagem de roupa. Quanto a instalação de rede de esgoto, 72.5% das casas não possui esgoto ligado à rede municipal.

Como pode-se observar nas fotos, em muitas residências, onde não há nem mesmo fossas, o esgoto corre a céu aberto, sendo que no caso, por exemplo, do bairro de

Vila Olinda (ver mapa) este é drenado para o córrego ali existente.

A esquistossomose é uma doença saneável<sup>(107)</sup>, e os defeituosos sistemas de tratamento dos materiais fecais constituem a principal causa da espantosa disseminação e dos altos graus de endemicidade da esquistossomose no Brasil.

Piza e col em 1960<sup>(108)</sup>, estudando a doença no Vale do Paraíba, ressaltam a importância para a epidemiologia da doença em zonas urbanas, tanto da precariedade do sistema de rede de esgoto municipal, quanto do lançamento direto do esgoto das casas em valas, que vão por fim contaminar corpos de água maiores.

Em várias ocasiões, no presente trabalho, observou-se a presença de fezes humanas próximas as casas e também em valas de escoamento das águas residenciais. Portanto, fica evidente a possibilidade de contaminação dos mananciais.

---

(107) Serrano, A.I. O que é Medicina Alternativa. Ed. Brasiliense. São Paulo. 1984.

(108) Piza, F.T. *op.cit.*

Características sócio-econômicas da população estudada.

No final de cada entrevista realizada foram colhidas informações sobre o orçamento familiar, o grau de escolaridade, a ocupação, idade e sexo. Esses dados constam da tabela 13.

Tabela 13 - Perfil Sócio-Demográfico dos Entrevistados.

TOTAL DOS ENTREVISTADOS		40			20 mulheres		20 homens	
OCUPAÇÃO		RENDIMENTOS FAMILIARES.			IDADE			
Estudante	4	1/2 a 1	1 a 2	2 a 3	0 - 14	6		
Donas-de-casa	10	s.m.	s.m.	s.m.	15 - 19	5		
Pedreiro	5	24	13	3	20 - 24	8		
Operário	2				25 - 29	9		
Empregadas Domésticas	7	GRAU DE ESCOLARIDADE			30 - 34	5		
Cortadores de cana	3	30 pessoas não tinham concluído o 1º Grau	10 não tinham nenhum grau de escolaridade.		35 - 39	2		
Serventes gerais	4				40 - 44	1		
Motorista de Ônibus	1				45 - 49	1		
Lavrador	1				50 - 54	1		
Cabelereira	1				55 - 59	2		
Desempregado	2							

\* O salário mínimo em julho de 1985 era Cr\$ 333.120,00.

Como pode-se observar, a faixa etária mais atingida é de 20 a 29 anos. A grande maioria dos entrevistados são trabalhadores não qualificados e a renda familiar de 92.5% é menor que 2 salários mínimos; 25% são analfabetos ou semi-analfabetos e 75% não concluíram o 1º grau.

A grande maioria dos trabalhos produzidos nestas últimas décadas comentam que é impossível desvincular a ocorrência da esquistossomose de uma análise das relações entre saúde e estrutura social.

No entanto, poucos são os trabalhos que ultrapassam essas questões mais gerais e, analisam como o desemprego social reflete-se no modo como os sujeitos sociais vivenciam e percebem seu estado de saúde, no sentido de poder captar as diferentes relações simbólicas que se organizam nos termos de uma lógica redutível às relações econômicas e servem como mecanismo de reprodução de uma estrutura de classe.

Assim, o que se tenta nesta parte do trabalho é analisar e caracterizar as relações fundamentais que determinam a apreensão simbólica das relações sociais vividas pelos sujeitos em questão.

Com esta preocupação, o presente trabalho realizou entrevistas com pacientes notificados com esquistossomose pelo Centro de Saúde do município. Optou-se por entrevistar os 40 doentes notificados nos últimos 12 meses, o maior número encontrado anualmente nestes últimos 10 anos. A comparação destes com os notificados nos últimos 10 anos, revela um quadro muito parecido. Ou seja, pelos

dados obtidos no Centro de Saúde (tabelas 9, 10 e 11 e pelo endereço dos doentes), todos os indivíduos pertenciam mais ou menos a mesma camada social, quer dizer, tinham mais ou menos as mesmas ocupações, eram em sua maioria migrantes de origem rural e moravam em bairros periféricos. Apenas algumas moravam no centro, no entanto, eram empregadas domésticas migrantes que residem no local de trabalho. Além dessas questões de maior relevância, optou-se por entrevistar somente os indivíduos notificados em 1984 e 85, dado que seria mais fácil encontrá-los em seus endereços, pois sabe-se que esses indivíduos mudam constantemente.

Foram feitas entrevistas semi-estruturadas, ou seja, aplicadas à partir de um pequeno número de perguntas abertas e somente com algumas perguntas fechadas. (109)

Enfim, procedeu-se durante cada um desses contatos, a uma noção mais próxima de como as regras que determinam os comportamentos físicos dos agentes sociais, são o produto de condições objetivas que se traduzem na ordem cultural e, ao mesmo tempo, como as diferentes relações simbólicas entre os agentes sociais podem contribuir para reproduzir a estrutura de classe e, portanto, interferir na produção e reprodução da doença nos membros das camadas populares.

---

(109) Ver Thiollent, M. Crítica Metodológica, Investigação Social e Inquete Operária. Ed. Polis, 1985.

Quanto à história sanitária das famílias.

Os dados indicam que dentre os 40 entrevistados, 75% eram provenientes do Nordeste (local de nascimento), 17% de Minas Gerais e 7.5% do próprio Estado, incluindo-se aqui um indivíduo do próprio município, notificado como um dos casos autóctones de Rio Claro. 75% eram de origem rural e 15% de origem urbana.

Quanto aos locais pelos quais a família passou até chegar em Rio Claro há uma clara diferenciação regional. Dos nordestinos, 10 passaram por São Paulo e depois foram para Rio Claro; 7 passaram por outras cidades do interior paulista e depois foram para Rio Claro e apenas 1 indivíduo morou primeiramente no Paraná e depois foi para Rio Claro enquanto que 12 indivíduos foram direto para Rio Claro. Todos os mineiros (7) e dois paulistas foram direto para Rio Claro.

Quando perguntados se tiveram alguma doença nos locais de origem, 70% dos entrevistados responderam que possivelmente tinham "barriga d'água", nome popularmente dado à esquistossomose, pois era doença muito comum na região de origem. No entanto nunca tinham feito nenhum exame. 30% responderam que não sabiam.

Quanto à manifestação da doença, os 70% que achavam esta doentes, responderam que sentiam em sua maioria indisposição e fraqueza, dor de cabeça, diarréia, obstipação e vômito.

É interessante observar através das respostas emitidas pelos doentes uma situação também identificada por Boltanski<sup>(110)</sup>. Os membros das camadas populares frequentemente contentam-se em repetir ao pesquisador o que guardaram do discurso de algum médico, ou seja, fragmentos de palavras e denominações científicas jogadas ao esmo, em vez de relatar o que se imaginaria ser "sua experiência vivida" da doença, por exemplo em relacionar minuciosamente as modificações da doença sentidas através da percepção de seus corpos.

Por sua vez, o Manual de Terapêutica de Esquistossomose<sup>(111)</sup>, indica que as formas clínicas da esquistossomose variam de acordo com as fases da doença: a fase inicial e a fase crônica.

A fase inicial compreende a penetração da cercária no organismo, resultando duas formas: inaparente, que passa despercebida por não apresentar nenhum sintoma ou lesão. Só algumas pessoas apresentam prurido nos locais de penetração da cercária, originando uma dermatite. A forma aguda corresponde à maturação dos vermes e início da ovoposição e possui várias fases.

Dentre elas: a fase pré-postural que aparece 20 a 25 dias após a infecção a fase postural, onde o pacien-

---

(110) Boltanski, L. *op.cit.*

(111) Manual de Terapêutica de Esquistossomose. SUCEN. 1980.

te apresenta mal estar, febre, emagrecimento, fenômenos alérgicos, tosse, diarréia muco-sanguinolenta, aumento do baço e do fígado. Pode causar a morte do paciente ou evoluir para a fase crônica.

Na fase crônica é que se encontra a maioria dos casos clínicos. Apresenta várias formas: assintomática de grande importância epidemiológica, desempenhando o papel de disseminador da doença; intestinal, que não é grave, podendo provocar dores abdominais, prisão de ventre e crises diarréicas; forma hepato-intestinal, podendo haver fibrose do fígado que se apresenta noduloso, duro e aumentado de volume e finalmente a forma hepato-esplênica, subdividida em várias formas, que pode ser considerada grave do ponto de vista clínico.

Segundo os médicos do Centro de Saúde não existe notificação de casos crônicos no município.

A transmissão da doença segundo o mesmo Manual ocorre da seguinte maneira. O verme, S.mansoni, dentro dos doentes, põem ovos muito pequenos, que saem junto com as fezes. Se estas atingem o chão, a chuva pode carregar as fezes contendo os ovos para os rios, lagoas, valetas e outras coleções de água doce. Dentro de cada ovo existe uma pequena larva chamada miracídio. Quando as fezes entram em contato com a água o miracídio sai do ovo e nada até encontrar o caramujo, nele penetrando.

Dentro do caramujo, cada miracídio transforma-se em milhares de outras larvas, que são as cercárias. Num mesmo dia, um só caramujo pode soltar nas águas milhares

de cercárias, que vão penetrar na pele das pessoas que estejam em contato com a água. Em seguida, as cercárias atingem a corrente circulatória das pessoas e são levadas pelo sangue para as veias do fígado e intestino, onde se tornam vermes adultos. O macho e a fêmea do verme adulto vivem acasalados; ela põe ovos, que atravessam as paredes dos vasos sanguíneos e caem no intestino, sendo expelidos pelo doente, juntamente com as fezes.

No entanto, a maioria das pessoas entrevistadas (60%), desconhece como se dá a transmissão da doença, como pode ser observado na tabela 14, além de desconhecer ser esta uma doença grave, qualificando-a como uma verminose como outra qualquer.

Tabela 14 - Opiniões dos doentes sobre a transmissão da esquistossomose.

Opiniões apontadas	número de vezes	% do total dos entrevistados
Contato com a água no norte e aqui.	8	20.0
Doença do "caramujo" que tem na água.	4	10.0
Banho no rio e pés descalços.	4	10.0
Doença proveniente de picada de inseto que existe nos arrozais.	3	7.5
"Caramujo que come o fígado".	1	2.5
Não sei	20	50.0

Pode-se captar aqui o que Boltanski<sup>(112)</sup> chama de uma relação com a doença geradora de ansiedades e tensões. Como os membros das camadas populares não possuem esquemas explicativos para preencher o vazio do desconhecimento, assim criado pela consciência infeliz e angustiada

(112) Boltanski, *op.cit.*

da de sua ignorância e falhas frente aos detentores do conhecimento legítimo, estão hoje diante da doença, da medicina e dos médicos como diante de um universo estranho que nada tem a ver com as suas condições de vida cotidiana e impõe-lhes sua linguagem e suas regras.

Entretanto, contrariamente ao que se podia supor ao tipo de representação mais difundida, segundo o qual os membros das camadas populares desconhecem as mais elementares regras da medicina preventiva, no que diz respeito às condições de higiene e alimentação, as pessoas interrogadas demonstram que estão familiarizadas com estas regras, como demonstram as tabelas 15 e 16.

#### Quanto a higiene e a medicina preventiva

Tabela 15 - Opiniões dos doentes sobre os meios para se manter em boa saúde.

Opiniões apontadas	nº de vezes	% do total dos entrevistados
Manter boa higiene	9	22.5
Boa alimentação	7	17.5
Não tomar banho de rio	2	5.0
Não andar descalço	1	2.5
Tomar remédio caseiro	1	2.5
Trabalhar	1	2.5
Acordar cedo	1	2.5
Acreditar em Deus	4	10.0
Cabeça fresca	5	12.5
Ir à igreja	4	10.0
Dormir bem	1	2.5
Não sei	15	37.5

Tabela 16 - Alimentos bons para saúde, de acordo com os doentes.

Alimentos apontados	nº de vezes	% do total dos entrevistados.
Arroz	3	7.5
Feijão	3	7.5
Verdura	17	42.5
Frutas	10	27.5
Carne	5	12.5
Café	1	2.5
Todos	4	10.0
Não sei	6	15.0

Muitos entrevistados cometeram que há muito tempo não comem carne e frutas.

Alguns estudos revelam<sup>(113)</sup> que as articulações de certas representações populares sobre as condições dos serviços oficiais de saúde, não estão apenas relacionadas às dicotomias leigo/técnico, ciência/magia, mas são rela-

---

(113) Ver dentre outros: Loyola, M.A. Médicos e Curandeiros - Conflito Social e Saúde. Difel. Ed. São Paulo, 1984. Campos, S.M. Poder, Saúde e Gosto. Ed. Cortez. São Paulo. 1982. Oliveira, R.E. Doença, Cura e Benzedura: notas sobre o ofício da Benzedeira em Campinas. Dissertação de Mestrado em Antropologia apres. ao IFCH da Universidade Estadual de Campinas. UNICAMP. 1983.

ções entre diversos agentes sociais e traduzem de certa forma relações de classes sociais.

Tais considerações gerais podem ser evidenciadas nas tabelas 17 e 18 através da resistência (e até discrepância) à procura dos serviços de saúde e aos médicos, bem como nas opiniões emitidas para que serve o Centro de Saúde.

Pode-se captar o ressentimento, de maneira particularmente aguda, em algumas respostas. Loyola<sup>(114)</sup> comenta que tal ressentimento é proveniente de talvez estarem expostos ao efeito-demonstrativo da vida moderna; tomam conhecimento, de maneira indireta, difusa e mesmo concreta (muitas mulheres trabalham como empregadas domésticas) da existência de uma multiplicidade de bens, de serviços e de outros modos de vida aos quais não tem acesso.

Tabela 17 - Opiniões sobre quantas vezes por ano deve-se consultar um médico.

Opiniões apontadas	nº vezes	% do total de entrevistados.
nunca	9	22.5
3 em 3 meses	2	5.0
só quando estiver doente	8	20.0
sempre que possível só que o C.S. é muito longe	11	27.5
Não sei	10	25.0

---

(114) Loyola, A.M. *op.cit.*

Dos 40 entrevistados apenas 2 utilizam-se de convênio como recurso médico, todos os demais utilizam-se do INAMPS (20) e 18 utilizam-se somente do posto de saúde.

Dentre os 40 entrevistados, 28 comentaram que o atendimento no Centro de Saúde era bom, 10 comentaram ser melhor onde moravam e 2 não souberam responder. Sobre as opiniões que os levaram a dizer isto, dos 28 que comentaram ser bom, 24 disseram que foram bem atendidos e 4 disseram que receberam bastante remédio grátis. Por outro lado, dentre os que comentaram ser melhor onde moravam, a queixa era que é muito longe de onde moram e que tiveram que esperar muito para ser atendido.

Tabela 18 - Opiniões para que serve o Centro de Saúde.

Opiniões apontadas	nº de vezes	% do total de entrevistados.
dar remédio a quem não pode comprar para atender quem não pode pagar para dar remédio "a quem merece"	4	10.0
dar vacina	14	35.0
fazer exames de graça	1	2.5
não sei	3	7.5
	2	5.0
	12	30.0

A função do médico, do enfermeiro e dos demais agentes de saúde tem sido, na realidade, na grande maioria dos casos, de tentar adaptar o homem ao seu ambiente.

Sabe-se que os técnicos em saúde não conseguem hoje resolver os problemas das pessoas que os procuram, mas ao mesmo tempo, não existe uma relação onde estes agentes estimulem a própria mudança destas condições, no sentido, de reduzir o poder médico sobre o indivíduo e aumentar a capacidade destes indivíduos de intervenção sobre a doença e muito menos sobre a coletividade. Observa-se apenas uma reprodução, na grande maioria dos casos (é importante salientar-se isso novamente), de relações de dominação.

#### Quanto ao médico

Dentre os 40 entrevistados, todos responderam que não há um médico que more em seu bairro; todos responderam que não possuem médicos habituais e, portanto, procuram qualquer médico. Quando perguntados se o médico do Centro de Saúde que os examinou quanto a questão específica da esquistossomose era bom, todas responderam que sim. No entanto, quando questionados o que os levou a dizer isso, as respostas encontradas foram as seguintes: "conversou comigo" (14), "internou o marido" (1); "me deu atenção" (7), "deu remédio" (8); "falou para voltar" (5) e não sei (5).

Dentre os 40 entrevistados, todos responderam que a consulta dura no máximo 5 minutos. Quanto a espera ao atendimento, 7 responderam que esperaram mais de 1 ho-

ra; 9 menos de uma hora e 24 disseram não esperar.

Dentre os 40 entrevistados, 14 responderam que enquanto o médico examina faz perguntas e 26 responderam que o médico não lhes pergunta nada. Quando perguntados se conseguiam responder as perguntas, 8 responderam que não, apenas 6 responderam que sim. Em que caso, por exemplo, poderia ser difícil responder, todos os entrevistados não souberam responder, dizendo que se sentiam "sem graça" perto do médico. Perguntados se faziam perguntas ao médico todos responderam que não. Quando perguntados se eles ouviram o que gostariam sobre a doença, 30 responderam que o médico não lhes disse nada; apenas 10 disseram que o médico havia lhes dito que era verminose.

Quanto ao medicamento receitado à esquistossomose, 37 tomaram comprimidos que não sabiam o nome, 1 não fez o tratamento por problemas de alcoolismo e 2 por gravidez. 34 dos entrevistados não sabem se sararam, pois não voltaram ao Centro de Saúde e, portanto, não refizeram exames de fezes. Entretanto, quando perguntados se gostaram do tratamento 17 entrevistados disseram que sim e, apenas 10 comentaram que não e 7 disseram que não sabem. Porém, 22 dos entrevistados comentam ter tonturas constantes, 6 sentem constantes dor de cabeça e 9 enjôo e vômito.

Dada a gravidade do processo e da necessidade de buscar informações necessárias ao entendimento do tratamento utilizado para esquistossomose, pode-se observar como este é feito, na maioria das vezes de forma totalmente autoritária e, até em certos momentos, num total desrespeito ao indivíduo que está sendo submetido.

Segundo o Manual Terapêutico<sup>(115)</sup> o primeiro medicamento utilizado para a esquistossomose data de 1918. Desde então, várias drogas foram utilizadas mas sempre manifestando diversos inconvenientes que limitavam sua utilização.

Em 1968 foi introduzido o Hycanthon (Etrenol) sendo o primeiro tratamento em dose única. Na década de 70 foi introduzida a Oxamniquine (Mansil), que vem sendo utilizado desde 1975.

O Mansil é tomado em dose única por via oral, após a refeição. As contra-indicações do tratamento, segundo o mesmo Manual são as seguintes: cardiopatia e hipertensão (pressão alta), gestação e amamentação, epilepsia, mongolismo e outras deficiências mentais, uso de psicotrópicos ou outros medicamentos controlados, asma, bronquite asmática e gripe forte, doenças pulmonares, febre, doenças eruptivas (sarampo, rubéola, varicela) e alcoolismo.

Segundo ainda o mesmo manual desde que sejam observadas rigorosamente as contra-indicações e as dosagens, reações colaterais tais como tontura, desmaios, sonolência, náuseas, vômitos, cefaléia, poderão ocorrer, porém terão curta duração.

As recomendações do Manual ao portador após a medicação seriam a permanência no local por um período aproximado de 6 horas, não ingerir bebidas alcoólicas e ter

---

(115) Manual Terapêutico. *op.cit.*

boa alimentação.

É preocupante, no entanto, observar que os doentes que se submeteram ao tratamento no Centro de Saúde de Rio Claro, em sua grande maioria (37) não fizeram exames completos antes de tomar o medicamento. Apenas 3 não fizeram o tratamento por gravidez ou alcoolismo, além disso, esses indivíduos quando procuraram o Centro de Saúde não sabiam estar com shistose, apenas achavam que estavam (70%) e os demais (30%) foram ao Centro por não estarem se sentindo bem e, como já se fez referência anteriormente, desconheciam a gravidade da doença.

Na ocasião do retorno ao Centro de Saúde, para buscar os resultados dos exames de fezes o tratamento é imediato. Se estes são positivos, esses indivíduos são conduzidos a tomarem comprimidos e esperaram apenas 1 hora no Centro. Não houve com o doente nenhuma explicação mais detalhada sobre a doença, nem mesmo sobre o tratamento a que está sendo submetido. Depois desse pequeno tempo em que ficou no Centro de Saúde, não há (dada a precariedade dos serviços de saúde) nenhum acompanhamento do doente. Em várias ocasiões, os próprios funcionários do C.S. comentaram da dificuldade de reencontrar os doentes.

Outro ponto a ser lembrado que esses indivíduos, em sua grande maioria não dispõem de boa alimentação, dada as condições objetivas em que vivem. Por ocasião das entrevistas, muitos deles já tinham sido submetidos ao tratamento há algum tempo, no entanto comentavam continuar tendo tonturas constantes, dor de cabeça e ânsia de vômito.

Tentando identificar outros mecanismos pelos quais a divisão de classes é barreira à prevenção, identificação, encaminhamento e tratamento da doença, foram efetuadas também entrevistas com alguns agentes institucionais (médicos e uma Educadora sanitária), ainda, com membros da população ligados a organizações populares (partidos políticos, organizados em núcleos de bairro e pastoral da saúde).

Seguem-se as informações obtidas com a educadora sanitária do Distrito Regional de Saúde e com os médicos do Centro de Saúde que se consideram importantes para serem discutidas.

#### Educadora Sanitária - Distrito Regional de Saúde

Segundo a entrevistada a instalação da esquistosomose no município é preocupante, apesar de só saber da notificação de um caso autóctone. No entanto, comenta que o município tem o hospedeiro intermediário e que grande maioria dos migrantes provenientes da área endêmica instalaram-se na periferia do município, área desprovida de rede de esgoto. Comenta que estas informações foram obtidas no trabalho realizado pela presente autora em 1981. (116)

---

(116) *Ferreira, L.C.; Pignatti, M. e Yamashita, M. op.cit.*

Salienta ainda, que nos municípios vizinhos, principalmente Santa Gertrudes, o número de casos notificados é bastante alto.

Quanto ao tratamento diz que até dois anos atrás utilizava-se o etrenol e que esses indivíduos, na maioria dos casos, eram hospitalizados para observação. No que diz respeito ao Mansil, acredita que este deveria ser mais estudado, no sentido que ainda se desconhece seus efeitos a longo prazo.

Comenta que a SUCEN possui um trabalho bastante isolado, que não há uma integração com os Centros de Saúde.

Como Educadora Sanitária trabalha mais à nível da própria Instituição, ou seja, com os próprios funcionários e dificilmente com a clientela.

No entanto as propostas com relação ao controle da esquistossomose são as seguintes: controle de migrantes pela prefeitura; médicos treinados para trabalhar especificamente com a doença; educação sanitária com os migrantes e rastreamento nas escolas periféricas (ou seja, exame de fezes nos escolares).

#### Os Médicos

Segundos os médicos do Centro de Saúde de Rio Claro os maiores problemas referentes à saúde no município seriam a meningite, a hanseníase e a tuberculose. Quanto à

esquistossomose para os médicos a área não seria caracterizada como endêmica, e portanto não haveria preocupação quanto a esta questão. (117)

Quando perguntados sobre quais são as medidas não tomadas que evitariam a instalação de um foco de esquistossomose em um município responderam: drenagem dos rios; saneamento básico; triagem de migrantes e educação sanitária.

Para os médicos os maiores problemas referentes a doença seriam a migração e a industrialização, poluição dos rios e condições de saneamento, higiene e nutrição da população.

Comentando porque as medidas profiláticas de rotina, a política de saúde do Estado de São Paulo e do município não resolveriam, ou pelos menos não estacionariam o problema de uma doença como a esquistossomose, afirmaram que as medidas profiláticas de rotina são responsabilidade da SUCEN (Superintendência de Controle de Endemias) e, que esta é uma Instituição vertical que ainda tem uma visão campanhista do controle de doenças. Ainda, que o trabalho à nível da Sucen é bastante isolado, que não há uma integração Centro de Saúde/Sucen. Que na maioria das vezes as informações são demoradas, ou ainda não volta a informação para o Centro.

---

(117) Na época da entrevista não havia sido confirmados os casos autóctones no município.

Para os médicos, uma política preventiva e uma estrutura horizontal de serviço facilitaria a prevenção e o controle da doença.

Pode-se depreender a partir das respostas obtidas que os agentes institucionais procurados principalmente os médicos, não concordavam com a gravidade da instalação da esquistossomose no município, embora seja importante lembrar que não tinham ainda, na época, a confirmação dos casos autóctones. Apesar de serem socialmente mais próximos das camadas mais carentes, por fazerem trabalho político em bairros periféricos, parecem desconhecer a própria realidade social dessa população, quando mencionam os maiores problemas referentes à doença.

Outro trecho que chama atenção seriam das medidas que deveriam ser tomadas que evitariam a instalação de um foco de esquistossomose, já se fez referência anteriormente neste trabalho, que embora seja inegável que a migração pode, em muitos casos, exacerbar um quadro epidemiológico, há certo risco na perspectiva de considerar a migração como uma variável que pode ser manipulada. É preciso apreciar devidamente os motivos individuais e estruturais que geram os fluxos migratórios e prestar a devida atenção para os aspectos éticos e políticos da questão.

A questão da educação sanitária, levantada pelos agentes, remete a um outro ponto, que apesar de uma questão altamente complexa deva ser comentada. Segundo

Merhy<sup>(118)</sup> o processo de educação sanitária realizado até hoje nas Instituições de Saúde é de uma inoperância muito grande, no sentido da abordagem da própria educação em saúde pública. O que acontece é que a educação em saúde pública, acaba sendo um instrumento a mais para permitir a elaboração de uma saúde pública medicalizante.

Explicitando melhor, o autor comenta que a questão central de repensar a educação em saúde pública é, realmente a de repensar a cultura, a educação e a concepção de coletivo. Sem fazer-se tal tipo de associação torna-se difícil escapar do cordão umbilical estabelecido pela concepção liberal de educação.

O raciocínio do autor pode ser comparado ao de Willians<sup>(119)</sup> que comenta que o conteúdo da educação corresponde normalmente ao conteúdo das relações sociais vigentes e só se transforma como parte de uma transformação mais ampla.

Portanto, no caso específico da educação em Saúde Pública, fica difícil avaliar-se como que a sua atuação pode interferir em soluções de problemas tão complexos. Por exemplo, hoje tem-se uma visão altamente medicalizante

---

(118) Merhy, E.E. *"A Educação e a Saúde: visão histórica"* *in Ação Participativa: perspectivas de atuação dos Educadores em Saúde Pública*. Ministério da Saúde. Brasília. 1984.

(119) Willians, R. *Cultura e Sociedade*. Ed. Nacional. São Paulo. 1969.

da saúde, no sentido de programas fundamentados numa visão de saúde como ausência de doença. Como se o coletivo fosse um agrupamento de indivíduos saudáveis e doentes que mudam de um grupo para outro a partir da ação medicamentosa do médico.

A saúde pública dividiu o ato médico: a participação intelectual continua sendo monopólio do médico, que conversa, estabelece hipóteses, faz o diagnóstico e prescreve a consulta. A parte manual foi delegada à enfermeira, para o atendente e o visitador sanitário. Neste processo empobrecedor pode-se avaliar o limite da ação profissional do educador. Como por exemplo, citado pela própria educadora na entrevista, quando diz que dificilmente participa de trabalhos com os próprios doentes.

Para estes agentes os maiores problemas referentes a doença seriam a migração e a industrialização. Não se identifica neste discurso nenhuma referência às condições em que se desenvolve o processo saúde-doença e a estrutura e condições específicas das sociedades onde este se desenvolve.

#### Instituições Externas

Foram contactados vários Partidos Políticos antes das entrevistas. No entanto, foram obtidas informações apenas com um Partido, já que possui núcleos nos bairros onde mora a maioria dos doentes.

As informações com o Partido objetivavam poder captar como que a própria estrutura de classe do município determina a canalização de recursos que acaba permitindo a instalação da doença no município. O contato com a Pastoral foi feito, no sentido de obter-se o maior número de informações disponíveis.

No entanto, poucas foram as informações obtidas com a Pastoral. Esta formou-se em Rio Claro de forma distinta do que em outros locais, ou seja, foi formada à pedido da própria Igreja e não como decorrência de movimentos de bairros. Quando perguntados sobre as condições de saúde da população de Rio Claro, os militantes, que na realidade são senhoras de classe média que fazem trabalho assistencial junto à Igreja, cometaram ser razoavelmente favorável. Entretanto, disseram trabalhar mais à nível central, com clubes de mães, "consolando o doente", etc.

Desconheciam que houvesse esquistossomose no município.

#### Partido dos Trabalhadores (PT)

Para o Presidente do Partido dos Trabalhadores em Rio Claro, os principais problemas de saúde do município são decorrência de própria disparidade existente das condições em que vivem as pessoas que moram na zona central e bairros afastados, no entanto de classe média alta e das que vivem na periferia propriamente dita.

Comenta que a própria localização dos serviços de saúde é centralizada, com ausência total nos bairros da população de renda mais baixa (apenas 1 unidade no J. Cherveson), e que na zona rural não há assistência. Há uma falta de integração de recursos, que seria para ele um reflexo da ausência de uma política de saúde mais eficiente.

A própria questão da qualidade de atendimento foi comentada, no sentido de que as consultas duram no máximo 1 a 2 minutos, há no INAMPS filas ainda constantes, e falta de medicamentos. Ressalta ainda uma crise interna nos Centros de Saúde, causada principalmente pela diferença entre grupos que valorizam o serviço público X grupos que valorizam o atendimento privado e, até por problemas político-partidários.

Através de sua experiência militante e profissional, comenta que muitas vezes pode observar casos de total negligência em relação ao doente e que este, na grande maioria dos casos não consegue se colocar diante do médico. Assinala ainda, que a relação médico/paciente é profundamente desgastada no serviço público. Os médicos são ou eram, em sua maioria, funcionários via política e ainda lembra a própria questão do saber médico.

Com relação à esquistossomose, ele tem conhecimento de grande número de casos na periferia do município, como também nos municípios vizinhos, principalmente Santa Gertrudes.

Quanto ao saneamento básico, dada a importância

deste na disseminação da doença, comenta que apesar da Prefeitura Municipal ter aumentado o atendimento nestes últimos anos, ainda é bastante preocupante o número de residências desprovidas de rede de esgoto nos bairros periféricos e, que existem bairros populosos, como a Vila Industrial, ainda desprovidos de rede de água.

Dado o processo de industrialização e o crescimento do município e a crise econômica desta última década, comenta que conhece um número razoável de famílias que tiveram que se mudar para bairros novos e bastante afastados e ainda, sem a menor infra-estrutura urbana e, que dentre estes, o número de casos com esquistossomose é bastante elevado.

Outra questão levantada pelo entrevistado é o próprio desconhecimento da população frente à gravidade da doença e, a atuação da SUCEN que vem desenvolvendo um trabalho absolutamente isolado dos demais serviços de saúde, principalmente dos centros de saúde.

O processo de privatização dos serviços de saúde, questão levantada na entrevista, não é fato inusitado, mas merece ser comentado.

Segundo Cordeiro<sup>(120)</sup> as políticas públicas no

---

(120) Cordeiro, A.H. As empresas médicas: um estudo de transformações capitalistas da prática médica no Brasil. Tese de Doutorado apres. à Faculdade de Medicina da USP. 1982. (mimeogr.).

campo da saúde tem garantido o privilégio mercantil para o setor médico-empresarial através das ações normativas (como o convênio-empresa).

Contudo, o elemento central para a discussão da estrutura dos serviços de saúde nos centros urbanos segundo o mesmo autor, é o próprio modelo assistencial. Os cuidados de saúde são predominantemente orientados para assistência hospitalar, que não só não se justifica, em muitos casos, sob o ponto de vista técnico, como é de custo elevadíssimo. A assistência hospitalar funciona em um regime de custos crescentes, não há economia de escala: aumentando-se o número de ações, aumentam-se os gastos hospitalares.

Por outro lado, os programas de saúde pública realizados nos centros de saúde são altamente ineficientes. A rede de centros de saúde tem elevada capacidade ociosa e, as metas programadas não são atingidas.

Do total de atendimentos prestados nos centros de saúde, a grande maioria é destinada a conceder atestados de saúde, ações que não tem impacto na alteração do nível de saúde e que servem apenas para cumprir rotinas burocráticas.

Grosso modo, pode-se afirmar que a estrutura de serviços de saúde é ineficiente no que concerne à cobertura dos grupos populacionais de baixa renda, reproduzindo as desigualdades sociais em face das diferenças de classe relativas ao acesso e à qualidade do atendimento prestado.

A estrutura descrita traduz o resultado das polí

ticas públicas de saúde dirigidas às populações assalariadas urbanas, imprimindo um movimento de crescente expansão do complexo médico-hospitalar. Tal complexo é frágil em suas bases materiais, dada a precariedade da tecnologia médica que incorpora. Sob o aspecto da subordinação às relações capitalistas, é ainda mais precário. Não há um processo de concentração e centralização. São unidades isoladas, de pequeno ou médio porte, sem que se delineie uma tendência oligopolista no setor. A multiplicidade de hospitais particulares dispersos tem como elo unificador a Previdência Social, que garante privilégios de mercado aos diversos segmentos do complexo médico-empresarial.

O desenvolvimento desse complexo tende a criar e recriar novos agentes no processo de trabalho em saúde, ampliando os setores profissionais assalariados e transformando o cuidado de saúde em "um trabalho intelectual em cadeia", com reprodução da divisão social do trabalho em intelectual e manual. Esse processo desqualifica alguns setores profissionais especializa outros e rotiniza o cuidado. Do ponto de vista da clientela, fragmenta o cuidado, multiplicando o número de seus contatos com agentes de saúde diferenciados, cada um dos quais é chamado a aplicar determinado procedimento diagnóstico e terapêutico. Essa divisão social e técnica do trabalho traduz-se, no campo do saber, por uma compartimentação da totalidade do ser, reduzindo-o a órgãos, tecidos ou células lesadas.

É importante assinalar que todo o processo de instalação (ou produção) e reprodução da esquistossomose man-

sônica em Rio Claro deu-se dentro de um município que situa-se numa região intermediária no Estado, do ponto de vista das condições de saúde, segundo estudo realizado pela FUNDAP<sup>(121)</sup> em 1983, embora Rocha<sup>(122)</sup> o situa numa situação privilegiada.

Examinando-se a pesquisa pode-se observar a posição relativa da mencionada área, face às outras regiões de São Paulo. Este mapeamento corresponde a estudo que classifica e agrupa as sub-regiões do Estado segundo as situações sócio-econômicas correlacionadas com a situação de saúde da população que são, no âmbito desta pesquisa, determinantes das condições de saúde.

Os indicadores denominados preditores procuram dar conta de fatores sócio-econômicos. Relativamente a esses fatores utilizou-se as seguintes dimensões: financeira, bens de consumo individual, assistência à saúde, saneamento básico, consumo de energia elétrica, educação formal de 2º grau, população economicamente ativa rural e modernização agrícola.

Quanto aos indicadores de mortalidade, cada um dos níveis expresso foi construído considerando-se: causas de mortalidade infantil, causas de mortalidade mal definidas e causas de mortalidade que prevalecem na idade

---

(121) FUNDAP. *op.cit.*

(122) Rocha, M.T. in Perfil Sócio-Econômico de Rio Claro.  
*op.cit.*

adulta. Os dados utilizados referem-se aos anos de 1978, 1979 e 1980. As sub-regiões foram aglomeradas por escores, formando conjuntos homogêneos, cujos níveis de saúde variam entre A, o melhor e D, o pior. A sub-região de Rio Claro, neste contexto, encontra-se classificada numa situação favorável.

Estas informações provenientes de tal estudo vem ao encontro dos resultados apresentados por Hakkert e col<sup>(123)</sup>, onde mostrava-se que em 1980, a taxa de mortalidade geral no município de Rio Claro, da ordem de 7.29/1.000, situava-se abaixo da média estadual e regional, bem como a esperança de vida ao nascer, 69.33 anos, era mais elevada do que as destas duas unidades administrativas. Acrescenta-se a isso os dados sobre mortalidade infantil, presentes também naquele estudo.

No entanto, quando são analisados os indicadores no seu conjunto, o município encontra-se com escores de médios e bons quanto a situação de saúde, entendida em seu sentido mais amplo. Saliencia-se novamente que o município de Rio Claro, dentre outros, neste estudo, registra o pior posto quanto ao saneamento básico.

Quanto à utilização dos serviços de saúde, a pesquisa realizada pelo Depto de Planejamento - UNESP e Prefeitura Municipal<sup>(124)</sup> indica que a população riocla-

---

(123) Hakkert e col. *op.cit.*

(124) Depto de Planejamento-UNESP e Prefeitura Municipal *op.cit.*

rense, em sua maioria desloca-se a grandes distâncias para ser atendida - 16.8% usam hospital do próprio bairro, 43.4% tem de deslocar-se de 1 a 3km para usarem hospital e 37% deslocam-se de 3 a 5km e 2.7% usam hospital em outros municípios. Com relação ao atendimento de saúde em posto de saúde: 10.1% usam o posto do próprio bairro, 59.1% deslocam-se de 1 a 3km para chegar ao posto e 29.6% de 3 a 5km. 9.2% da população pesquisada utiliza-o no próprio bairro, 66.2% deslocam-se de 1 a 3km e 21% deslocam-se de 3 a 5km para serem atendidos.

As observações contidas neste ítem, não devem adquirir o sentido de indicações terminadas, já que tenta-se no decorrer do ítem posterior a melhor compreensão do conjunto destes dados, ou seja, a posição respectiva de seus elementos à hipótese levantada pelo presente trabalho, ou seja, entender a reprodução da esquistossomose nos elementos das camadas populares, como decorrência de fenômenos mais complexos que apenas às precárias condições econômicas em que vivem.

#### 4.3. Reprodução Cultural e Reprodução Social

Se a cultura diz respeito à ordem simbólica, expressando a forma como os homens estabelecem relações entre si e com o mundo exterior, e como interpretam essas relações, em uma sociedade de classes essas relações são sempre relações entre classes. A dominação econômica e po-

lítica realiza-se também como dominação cultural.

Como lembra G.Cohn (125),

"o essencial nesse contexto é que a análise, tanto da dimensão social quanto cultural, articula-se em torno das condições específicas de uma sociedade centrada na produção de mercadorias(...) a mercadoria representa, por detrás de sua aparência fungível uma determinada constelação de relações sociais, que remete a uma forma de dominação (e aí entram as classes como elemento fundamental)" (pg. 131).

O raciocínio de Cohn permite enfatizar como a constelação de atos e representações que constituem as práticas de saúde das camadas populares fazem parte de um processo mais abrangente. Este processo implica na incorporação pelos sujeitos sociais dos resultados cristalizados de um conjunto de relações sociais que estão ocultas, mas que representam em termos simbólicos a dominação de uma classe sobre a outra.

A produção e reprodução da doença do ponto de vista da análise de classe, portanto, não pode ser definida apenas pela situação e posição na estrutura social dos sujeitos envolvidos, isto é, pelas relações que mantêm

---

(125) Cohn, G. Teoria e Ideologia. Ed. Pioneira. São Paulo, 1973.

objetivamente com as outras classes sociais. Inúmeras propriedades de uma classe social provém do fato de que seus membros envolvem-se deliberada ou objetivamente em relações simbólicas com os indivíduos das outras classes. Com isso exprimem diferenças de situação e de posição segundo uma lógica sistemática, tendendo a transmutá-las em distinções significantes.

Como já se fêz referência anteriormente entende-se que as diferentes posições no espaço social correspondem estilos de vida, sistemas de desvios diferenciais que são a retradução simbólica de diferenças objetivamente inscritas nas condições de existência.

As oposições entre os agentes analisados (clientela e agentes de saúde) traduzem-se em oposições de classe, isto é, as próprias representações da doença, sendo determinadas por um conjunto de características sociológicas, que podem ser resumidas nas noções de "habitus" letrado e "habitus" corporal. O sistema de relações entre estes agentes (populares e técnicos) é, portanto, caracterizado pela complementariedade quanto pela oposição.

Uma vez que os sistemas simbólicos derivam suas estruturas da aplicação sistemática, de acordo com Bourdieu (126)

---

(126) Bourdieu, P. "The thinkable and the unthinkable", citado por Miceli, S. *A Força do Sentido in Economia das trocas Simbólicas*. op.cit.

"de um simples 'principium divisionis' e podem assim organizar a representação do mundo natural e social dividindo-o em termos de classes antagônicas; uma vez que fornecem tanto o significado quanto um consenso em relação ao significado através de lógica de inclusão/exclusão, encontram-se predispostos por sua própria estrutura a preencher funções simultâneas de inclusão e exclusão, associação e dissociação, integração e distinção. Somente na medida em que tem como sua função lógica a ordenação do mundo e a fixação de um consenso e seu respeito, é que a cultura dominante preenche sua função ideológica - isto é, política - de legitimar uma ordem arbitrária. Em termos mais precisos é porque ela reproduz sob forma transfigurada e, portanto, irreconhecível, a estrutura das relações sócio-econômicas prevalentes que, enquanto uma estrutura estruturante, a cultura produz uma representação do mundo social imediatamente ajustada à estrutura das relações sôcio-econômicas que doravante, passam a contribuir para a conservação simbólica das relações de força vigentes".

A tentativa de refletir sobre o universo simbólico dos doentes notificados com esquistossomose tentou orientar-se para a reflexão sobre o papel dos agentes insti-

tucionais a partir do tipo de experiência que promove uma situação que parece cumprir inequivocamente a mesma tarefa: capacitar o indivíduo para seguir vivendo o estado em que se encontra.

Na situação investigada, a construção das representações simbólicas dos doentes em questão, se de um lado se destingue nitidamente pela consciência crítica do estado de penúria em que vivem, de outro revela, que a dominação se reproduz, ao nível da relação da diferenciação operada no nível econômico.

Ou seja, no caso específico dos doentes entrevistados, a primeira vista parece que possuem uma consciência do estado de penúria em que vivem. No entanto, não conseguem captar a relação entre este estado e o estado de saúde em que se encontram.

À medida que se desenvolveram as entrevistas, pode-se observar de modo mais geral, que tudo parece indicar que os membros das classes populares estão pouco familiarizados com as noções do problema ou mesmo de "causalidade". Se não parecem possuir o que se chama de "espírito crítico", é porque, segundo Boltanski<sup>(127)</sup>, essa disposição mental longe de ser igualmente repartida, é em primeiro lugar uma disposição adquirida e o resultado da ação formadora da escola.

---

(127) Boltanski, L. *op.cit.*

Dentre os entrevistados 75.0% não havia concluído o 1º grau e 25% eram analfabetos ou semi-analfabetos. Entre o conjunto das atitudes mentais que são transmitidas pela escola, a mais essencial e a velada é talvez a própria intenção intelectual. O que a escola tenta transmitir é em primeiro lugar uma postura intelectual: é a idéia de que não existe nada que não possa ser objeto de uma interrogação crítica e tornar-se objeto de um conhecimento racional.

Assim, o prolongamento da escolaridade traz uma mudança de atitude frente ao mundo e, especialmente em relação às ciências e técnicas, inculcando a idéia que tudo pode ser ou tornar-se objeto da ciência. Nas classes dominantes, o médico pode fazer-se ouvir pelo doente e o doente suscitar o interesse e mesmo a amizade do médico, porque eles falam a mesma língua, tem os mesmos "habitus mentais", utilizam-se de categorias de pensamento semelhantes e, enfim sofreram a mesma "força formadora do habitus" que é, no caso o sistema educacional.

Longe de ser uma simples relação "homem-homem" ou como muitas vezes suscitado pela ideologia médica - que ensina a ver no doente um ser abstrato e indiferenciado, sem levar em consideração, sua classe social ou religião, ou ainda, como descrevem alguns sociólogos, apenas a relação entre um especialista e um profano, a relação doente-médico é também uma relação de classe, modificando-se a atitude do médico em função principalmente da classe social do doente.

Quando se trata de definir as características que diferenciam os médicos de outros detentores de conhecimentos e técnicas específicas, como por exemplo os engenheiros, deve-se observar que a atividade dos médicos não se exerce diretamente sobre a doença, mas sobre o doente que, diversamente do carro consertado pelo mecânico, não é um objeto inerte, mas pode saber-se doente, saber alguma coisa sobre sua doença, desejar sarar e ter uma opinião sobre a maneira como se deve proceder para curá-lo.<sup>(128)</sup>

Para Bourdieu<sup>(129)</sup> há em primeiro lugar, uma barreira linguística que separa o médico do doente das classes populares, pois a utilização de um vocabulário especializado redobra a distância linguística, devido ao mesmo tempo a diferenças lexicológicas e sintáticas, que separam as classes dominantes das classes populares.

A atitude autoritária do médico frente aos membros das classes populares, sua reserva em fornecer-lhes aquela informação mínima, a única que lhes permitiria dar um sentido aos atos e as misteriosas prescrições do médico não deveria aparecer tão claramente no exercício da medicina preventiva que, exigiria para se completar totalmente uma estreita colaboração entre o médico, encarregado de

---

(128) Goffman, E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Zahar Ed. Rio de Janeiro. 1988.

(129) Bourdieu, P.; Passeron, M. Rapport Pedagogique et Communication. Ed. Maun. Paris. 1965.

difundir as regras de higiene e aqueles que devem pô-las em prática.

Como pode-se observar pelos dados concernentes a relação médico/paciente, a vontade de proceder à "educação sanitária do público" ou seja, em última análise, de produzir usuários racionais e conformes com a medicina moderna e a recusa em transmitir ao públicos os princípios médicos que fundamentam e subentendem as ordens e prescrições médicas, não são incompatíveis, à educação sanitária que pode também ser feita de maneira puramente autoritária e, economizando um desvio pelos princípios, em ir do particular ao particular ou da culpa à sanção.

E, ainda mais, a recusa de fornecer ao doente um mínimo de informações sobre seu corpo e doenças, em função essencialmente de impedi-lo de manter com o corpo e com a doença uma relação científica e reflexiva traz consequências inversas, pois leva o doente à obrigação de construir com seus próprios meios, o discurso sobre a doença que o médico não transmitiu.

Incapazes de emitir um discurso que reproduza o do médico ou mesmo de repetir textualmente o discurso deste, os membros das classes populares constroem, com o discurso do médico, um outro no qual expressam através do jogo das reinterpretações suas representações da doença.

Estas representações são às vezes relativamente bem acabadas e coerentes: tal é, por exemplo, a representação de 10.0% dos entrevistados, quando emitem opiniões acerca de porque alguém fica com esquistossomose e respon

dem ser esta a "doença do caramujo que se encontra na água" ou mesmo, quando comentam a importância do contato com a água para transmissão da doença (20% dos entrevistados). Estas representações permanecem, no entanto, na maioria dos casos (70%), em estado virtual, de uma certa maneira escondidas no discurso e, só se traem pelo emprego de certas imagens particulares.

Assim, longe de ser uma invenção, a atividade do entendimento de sua própria doença, para as camadas populares, é para Boltanski<sup>(130)</sup> uma "reinvenção criadora", imposta pela necessidade de se adaptar ao universo estranho e desconhecido da medicina e de seus métodos. Mas como trabalha tateando e com material arcaico, essa reinvenção erra necessariamente sua meta: incapaz de interpretar a medicina científica de hoje, ela mal consegue reativar os esquemas da antiga medicina. Compreende-se que nessas condições, o pensamento popular não possa se transformar radicalmente sob o efeito da difusão descontrolada, tal qual ela é feita inevitável e paulatinamente dentro de uma sociedade estratificada, mas apenas sob o efeito daquela difusão sistemática, progressiva e completa a que procede a instituição escolar e que, não se limitando a transmitir palavras, mas também conceitos e mecanismos de pensamento, modifica por isso mesmo a própria intenção intelectual.

---

(130) Boltanski, *op.cit.*

É interessante observar também como a representação da saúde está intimamente ligada a idéia de força, como assinala Boltanski<sup>(131)</sup> - da força utilizável no trabalho - que a comida mantém e estimula.

Essa discussão deve partir do próprio processo de trabalho que, por sua vez, implica "num desgaste de força de trabalho, expresso sob a forma de um dispêndio de energia, que necessita ser reposta a cada dia de trabalho". Essa reposição de energia necessária à produção e reprodução da força de trabalho, realiza-se através do consumo de meios subsistência considerados essenciais.<sup>(132)</sup>

Eis porque a sensação mórbida tende a ser descrita como um estado de fraqueza, para Loyola<sup>(133)</sup>. Essa percepção está estreitamente associada às representações e ao uso cotidiano que as populações fazem de seu corpo. Sujeitos a intensa utilização (profissional e utilitária) do corpo, único elemento que lhes fornece os meios de subsistência, as camadas populares percebem a doença como um acontecimento que ocorre subitamente e que os torna completamente incapazes de utilizá-lo "normalmente", quer dizer para trabalhar.

---

(131) Boltanski, L. *Lã decouverte de la maladie*. Centre de Sociologie Européenne. Paris. 1968.

(132) Possas, C. *op.cit.*

(133) Loyola. *op.cit.*

Isso explica, em parte, segundo a autora, porque os doentes com frequência, tardam a procurar os serviços de saúde, fato que, para a maioria dos médicos, é uma representação da "ignorância das classes populares, embora alguns dentre eles - os mais próximos socialmente dessa clientela - percebam este comportamento, ainda que vagamente como um comportamento específico de classe.

Pode-se observar durante as entrevistas com os médicos do Centro de Saúde que estes atribuem as principais causas da esquistossomose no município à migração, industrialização, ou ainda, às precárias condições de higiene e de desnutrição dessa população. Para Loyola e Boltanski<sup>(134)</sup> a construção social do discurso sobre a doença do médico indica o distanciamento e o autoritarismo presente na relação do único divulgador do saber legítimo junto aos sujeitos das camadas populares.

Para a autora<sup>(135)</sup> formados num sistema que tem como modelo as normas e concepções da Organização Mundial de Saúde (OMS), os médicos atribuem as doenças mais frequentes aos membros das camadas populares ( desidratação, desnutrição, verminoses, doenças infecto-contagiosas e parasitárias) ao subdesenvolvimento do país ou mais precisamente às precárias condições de higiene e de nutrição

---

(134) Boltanski, L. *op.cit.* e Loyola, M.A. *op.cit.*

(135) Loyola, M.A. *Idem.*

dessa população. Frente à linguagem e ao comportamento de sarmado e desconcertante dos doentes das camadas populares, os médicos adotam uma atitude autoritária, acompanhada de representações negativas que visam justificá-las.

Além de dificultar a participação dos doentes das camadas populares na elaboração do diagnóstico, a representação interessada da ignorância popular contribui também para justificar a medicina simplificada que é oferecida a essa clientela, ou seja, que os doentes das classes populares não podem ser os pacientes ideais de uma medicina sofisticada.

Se pode-se, em grande parte, atribuir esse tipo de medicina simplificada às condições materiais e técnicas em que ela é exercida e produzida - os médicos dispondo de poucos recursos e com grande número de doentes para atender - deve-se ver aí, segundo Loyola<sup>(136)</sup>, também um resultado das representações inculcadas pelo próprio ensino médico, que estabelece uma hierarquia de doenças, na qual as doenças ditas populares são apresentadas como doenças menos "interessantes" ou "especiais", menos "nobres", corriqueiras, em suma, como doenças "mais simples" - pobreza e ignorância - geradoras de desnutrição, desidratação, verminoses e etc.

Entretanto, como dito anteriormente, para essa população cujas representações sociais sobre a saúde e a

---

(136) Loyola, M.A. *op.cit.*

doença, parecem se organizar, principalmente sobre a idéia de força, o elemento primordial na preservação de saúde é a alimentação. Para Loyola<sup>(137)</sup>, os alimentos nutrindo o corpo, permitem reconstituir e manter as forças, quer dizer, evitar a sensação de fraqueza (associada a doença), que impede a utilização normal do corpo no trabalho.

Interrogados sobre o modo pelo qual definem uma "boa alimentação" a maioria dos entrevistados mostram que estão a par dos princípios da dieta da medicina científica.

Mas a difusão das normas alimentares oficiais permanece limitada à medida mesmo em que as famílias não se encontram em situação objetiva que permite segui-las. Mesmo quando estão a par dessas normas, a maior parte das famílias não tem condições de consumir todos os alimentos recomendados na dieta científica (sobretudo laticínios, verduras, frutas e carnes), a maioria tem mesmo dificuldade até de conseguir o essencial do que constitui uma dieta básica tradicional (arroz, feijão, farinha e macarrão).

Assim, para Loyola<sup>(138)</sup>, a grande parte menciona as normas alimentares da medicina oficial apenas para marcar a distância entre o que se deve e o que se pode, para acentuar o estado de penúria em que vivem.

---

(137) Loyola, M.A. *op.cit.*

(138) Loyola, M.A. *Idem.*

Ao mesmo tempo, configura-se no discurso da população um reforço ao reconhecimento de uma certa distância entre dieta real e dieta ideal (do ponto de vista da saúde) ao verificar-se que a declarada como habitual na grande maioria das vezes não corresponde à ideal.

Mas é interessante observar que os entrevistados não dissociam a saúde do corpo da saúde do espírito, a higiene corporal não basta para prevenir todas as doenças. É preciso que ela se faça acompanhar da higiene do espírito, porque espírito sadio, uma boa disposição interior ou, como dizem algumas pessoas interrogadas "cabeça fresca", "acreditar em Deus", "Ir a Igreja", influenciam fortemente o estado físico.

Pode-se comparar esse discurso ao dos homeopatas que dizem que o corpo humano busca manter um equilíbrio. Ele não é "invadido" pela doença. Pelo contrário: ele manifesta doença justamente por estar desequilibrado. (139)

A homeopatia acha que não há um estado biológico puro: o homem é síntese de mente e corpo. Ela usa conceitos não esclarecidos e estranhos para a ciência positivista. Independente de entrar em méritos e deméritos, nota-se que apresenta certos resultados onde a medicina oficial falha. Mesmo que nada houvesse de científico na farmacologia homeopática (segundo o conceito positivista), vê-

---

(139) Serrano, A.I. *op.cit.*

se que na maioria das vezes tem bons resultados. Isto porque seus seguidores têm uma visão do homem mais integrada.

Enfim, o que se gostaria de ressaltar é que a exploração estusiástica de práticas ditas "alternativas" nos membros das camadas médias se dá principalmente porque nestas práticas o paciente tem voz: o discurso do doente não só é tolerado, como é fundamental.

Pode-se dizer que fazer medicina alternativa significa ter uma concepção sobre a doença e sobre o ser humano diferente daquela que serve às ideologias do sistema dominante.

Ao mesmo que o uso de certas representações populares ou reinterpretações e mesmo criações (na medida em que a própria reinterpretação implica na atribuição de um novo conteúdo simbólico) são formas peculiares de um saber próprio sobre o corpo, que se opõem às concepções dominantes da medicina científica. E, que na situação analisada, tais concepções nunca são levadas em conta, a medida em que todo o processo se dá de forma extremamente autoritária, na qual os agentes populares não tem nem mesmo a oportunidade do conhecimento da gravidade de sua própria doença.

Em última análise, o estabelecimento de uma relação de causalidade entre o tipo de condições objetivas (largamente redutível ao tipo de condições econômicas) a qual estão submetidos os sujeitos sociais, e o tipo de comportamento corporal que é o seu, não autoriza a fazer uma análise de seus hábitos físicos (referentes, por exemplo, as condições de higiene, educação e nutrição) que

são na realidade uma dimensão de seus hábitos de classe.

Posto isto, antes de especificar as diversas formas pelos quais se desenvolve o processo saúde-doença é necessário se ater na estreita relação que existe ente a vida cotidiana das populações mais carentes e as condições específicas em que se desenvolve a doença.

Assim sendo, é impossível desvincular, na grande maioria dos casos, a ocorrência da esquistossomose, das condições de moradia, da impossibilidade de se utilizar agilmente de um serviço de saúde adequado. O que significa, em última instância não poder desvincular esse fato do salário do doente, do grau de escolaridade, etc. No entanto, a questão não se esgota aí, mas ultrapassa esse pano de fundo. Deve-se ater na diversidade existente na própria atuação dos agentes institucionais (principalmente os médicos), através da imposição de uma visão de mundo das classes dominantes, veiculada pela medicina erudita, e contrabaixar a relação de dominação e de posseção que resulta da prática médica oficial.

Enfim, uma das hipóteses do presente trabalho é que o desamparo social reflete-se no modo como os sujeitos sociais vivenciam e percebem seu estado de saúde: o sofrimento, presente nele, gerando uma carência (fraqueza) e acesso diferencial que a população tem para com os serviços de saúde e o acesso aos medicamentos. Essa situação de injustiça social constitui-se por si só numa denúncia, mostrada concretamente nos depoimentos dos entrevistados. Tais depoimentos sintetizam essa injustiça social com dados referentes ao desamparo em que se encontram os

sujeitos populares diante da situação de doença que não podem manipular, no desespero de não possuírem um conhecimento que possibilite manter uma relação reflexiva e histórica com ela e na própria dependência desses sujeitos em relação a outras pessoas que saibam como manipular e lhes oferecer uma resposta individual e paternalista e, até no apelo à providência divina num contexto de total desamparo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As sugestões aqui contidas não esgotam o universo de temáticas e pistas encontráveis sobre a produção e a reprodução da esquistossomose mansônica nas camadas populares; elas visaram apenas sublinhar os aspectos centrais de como o processo saúde-doença está inserido no próprio processo de reprodução da sociedade, na medida em que está intimamente imbricado como produto e mecanismo de reprodução a uma estrutura de classe, através de um lado do uso do corpo, cujas determinações primeiras podem ser buscadas no sistema produtivo e de outro, na reprodução cotidiana das condições de existência, não só devido as condições materiais de existência, mas através de relações simbólicas que se organizam nos termos de uma lógica redutível às relações econômicas.

Visaram também assinalar algumas lacunas e insuficiências que advêm dos paradigmas utilizados na área. Entretanto, deve-se assinalar que os efeitos de um processo ainda em curso, que apenas começa a se desencadear, limita o alcance das conclusões permitindo, apenas apontar tendências.

Acredita-se contudo, ter conseguido caracterizar os efeitos de uma política urbana específica junto a uma população também específica. Ou seja, que não é apenas a qualidade de vida que está ameaçada, mas a própria vida que é posta constantemente em risco na luta cotidiana pela sobrevivência.

Não se trata de um processo genérico, como se o "urbano" em si fosse gerador de más condições de vida: tanto o campo como a cidade podem apresentar precárias condições de vida, sendo o fenômeno originado de processos sócio-econômicos e políticos. Além do mais, as precárias condições de saúde não afetam a todos igualmente e, se nas cidades ela assume certas feições específicas, a sua carga recai mais sobre uns. Por outro lado, suas causas tem muito pouco de "naturais", no sentido de inerentes à qualquer ambiente urbano, mas ao contrário, são eminentemente históricas pois produzidas pelos homens dentro de uma sociedade alicerçada em posições e interesses concretos.

Nessa medida e, uma vez que para o Estado capitalista os interesses estão voltados para a acumulação do capital e a defesa dos interesses de classe que o detém, o que resta às classes trabalhadoras é a oportunidade de reproduzir-se enquanto força de trabalho, no espaço físico e social que lhes é destinado. Para grande parcela dos doentes com esquistossomose de Rio Claro, a periferia foi o lo-

cal de moradia, área esta desprovida de benefícios públicos que os alojou, permitindo dada essas condições a proliferação e a instalação da doença no município.

Portanto, pretendeu-se demonstrar que a instalação da doença no município inscreve-se como uma expressão da precária qualidade de vida no meio urbano. Contudo, busca-se qualificar que este processo não representa uma simplificada ecologia urbana, onde as agressões do ambiente hostil produzem o desequilíbrio da homeostase orgânica. Pretende-se que se deva situar a questão no âmbito dos problemas que são os centrais nas sociedades latino-americanas: o da exclusão política das massas trabalhadoras e sua seqüela, a exclusão econômica, cuja manifestação dentre outras é o crescimento das periferias das cidades.<sup>(140)</sup>

Tentou-se, contudo, captar como que as relações econômicas ao determinar as condições e as posições dos sujeitos sociais determinam a estrutura das relações simbólicas, através de certas práticas que contribuem para reproduzir a estrutura de classes em seu conjunto, na medida em que a posição de cada membro da estrutura depende muito diretamente do capital material, mas também cultural, simbólico ou social que cada membro detém ou trouxe para o grupo e, portanto como que interferem no processo saúde-doença.

---

(140) Duarte, C.J.; Montali, L.P.; Oliveira, M.C. e Patarra, N.L. *Alguns Problemas Teórico-Methodológicos dos Estudos de População na América Latina. Textos NEPO 3.* UNICAMP. Campinas. 1985.

Para entender a produção e a reprodução da doença nas classes populares no âmbito da temática da qualidade de vida, parece ainda que se deva abordar a questão das próprias políticas públicas, onde se assinala algumas características das políticas de saúde. É verdade que qualquer doença encontraria na periferia de Rio Claro condições de se alastrar e perpetuar. Afinal lá se encontram condições sanitárias precárias.

No entanto, o diagnóstico de condições de saúde é feito, geralmente, de forma bastante limitada. Este conhecimento restringe-se, na maioria das vezes, a observações de estatísticas de mortalidade de grupos populacionais muito heterogêneo, bem como, dificilmente proporciona informações confiáveis sobre a evolução da situação de saúde da população no tempo.

Deste modo, os diagnósticos efetuados, além de não refletirem a real extensão dos problemas sanitários, não apontam alvos para intervenção e, muito menos, sugerem a formulação de hipóteses sobre a determinação das condições de saúde.

A utilização exclusiva de indicadores de mortalidade revela, apenas, um aspecto das condições sanitárias - o risco de morrer em determinadas idades, por determinadas doenças - e pode levar a erros grosseiros na avaliação do estado de saúde da população.

Deve-se assinalar um agravante em todo esse processo, que poderia ser analisado como um retrocesso da própria saúde pública no país, no sentido, de que na década

da de 50, 85% dos recursos públicos para a saúde eram aplicados em saúde pública e atenção primária. Hoje 85% são aplicados em hospitais - a maior parte privados. (141)

Com essa perspectiva será difícil retornar-se a uma situação como a de antes da instalação da doença no município e, se não se fizer esforços nessa direção é bem provável que o município atinja níveis de autoctonia bastante altos nos próximos anos.

O interessante, ou na realidade preocupante, da situação analisada, é justamente poder observar-se como que as relações sociais que determinam a instalação e reprodução da doença nas camadas populares não estão localizadas em nenhum ponto específico da estrutura social. Funcionam como uma rede de dispositivos ou mecanismos que estão intimamente imbricados objetiva e subjetivamente.

---

(141) Costa, E. *Um legado de autoritarismo. Folha de São Paulo*. Abril. São Paulo. 1986.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M.S.K.

- 1976 - Entre nós, os pobres, eles, os negros. Dissertação de Mestrado apres. ao IFCH. Campinas. (mimeogr.).

AMATO, N.

- 1973 - Verminoses Intestinais. A.R. Ed. São Paulo.

AROUCA, A.S.

- 1975 - O Dilema Preventivista. Tese de Doutorado apres. à UNICAMP. Campinas. (mimeogr.).

ARAÚJO, J. in SINGER, P.

- 1977 - Pesquisa sobre Economia da Saúde no Brasil. CEBRAP. São Paulo.

BARRETO, L.M.

- 1982 - Esquistossomose mansônica: Distribuição da Doença e Organização Social do Espaço. Dissertação de Mestrado. Salvador. (mimeogr.).

BERLINCK, M. e HOGAN, D.J.

- 1973 - "Adaptação da população e 'Cultura da Pobreza' na cidade de São Paulo: Marginalidade Social ou Relações de Classe" in Cidades: Usos e Abusos. Brasiliense. São Paulo.

BOGUS, L.M.

- 1981 - Vila do Encontro: A Cidade chega à Periferia. FUUSP. Ed. São Paulo.

BOLTANSKI, L.

- 1968 - Primé éducation et morale de classe. Ed. Mouton et Cie. Paris.

- 
- 1968 - La decouverte de la maladie. Centre sociologie Europeenne. Paris. 1968.

- 
- 1979 - As Classes Sociais e o Corpo. Ed. Graal. Rio de Janeiro.

BOURDIEU, P.

- 1965 - "The thinkable and the Unthinkable "in MiceEconomia das Trocas Simbólicas. Ed. Perspectiva. São Paulo.

- 
- 1972 - Esquisse d'une theorie de la Pratique. Ed. Groz. Genebra.

- 
- 1982 - "Condição de classe e Posição de classe" in A Economia das Trocas Simbólicas. Ed. Perspectiva. São Paulo.

---

1983 - "Gostos de Classe e Estilos de Vida" in  
ORTIZ, R. Sociologia. Ed. Ática. São Paulo.

---

1985 - "Os Doxógrafos" in THIOLENT, M. Crítica Metodológica e Investigação Social e Inquete Operária. Ed. Polis. São Paulo.

BUNGE, M.

1972 - Causalidad. Ed. Buenos Aires. Buenos Aires.

CAMPOS, S.M.

1981 - Poder, Saúde e Gosto. Ed. Cortez. S.P.

CANGUILHEM, G.

1978 - O Normal e o Patológico. Forense/Universitária. Rio de Janeiro.

CARVALHO, L.M.

1984 - Relatório apres. à disciplina de Epidemiologia. Curso de Pós-Graduação em Parasitologia. UNICAMP. (mimeogr.).

CARVALHEIRO, J.R.

1980 - Disseminação de Doenças através de Migrações. Apres. Seminário sobre Controle de Doenças Tropicais. Brasília. (mimeogr.).

---

1982 - Morbidade Referida em Entrevistas Domiciliares e Epidemiologia. Apres. no I Encontro de Ep. clínica de São Paulo. São Paulo. (mimeogr.).

CASTELIS, M.

1979 - Problemas de Investigação em Sociologia Urbana. Ed. Presença. Lisboa.

CENSO DEMOGRÁFICO

1970 - Fundação IBGE.

CELIS, A. e NAVA, Y.

1970 - La Patologia de la Pobreza. Revista Médica del Hospital General. 120-124, nº 33. México.

COHN, G.

1973 - Teoria e Ideologia. Ed. Pioneira.

COSTA, E.

1986 - Um legado do Autoritarismo. Fôlha de São Paulo. Abril. São Paulo.

CORDEIRO, H.A.

1982 - As Empresas Médicas: um estudo das transformações capitalistas da prática médica no Brasil. Tese de Doutorado apres. à Faculdade de Medicina da USP. (mimeogr.).

---

1984 - A Qualidade de vida urbana e as condições de saúde: O caso do Rio de Janeiro. in Qualidade de vida urbana. Zahar Ed. Rio de Janeiro.

CORREIA, R.R., PIZA, J.T., RAMOS, A.S. e CAMARGO, S.C.

1962 - Planorbídeos do Est. de São Paulo: sua relação com a esquistossomose. Arq. Hig. Saúde Pública. 27: 139-159.

COSTA, M.A.

1975 - Urbanização e Migrações urbanas no Brasil "in Costa, M.A. Estudos de Demografia Urbana. IPEA. INPES. Rio de Janeiro.

CREVENNA, P.B.

1977 - Algumas considerações sobre la evolucion del Concepto de Epidemiologia. Saúde em debate. 4:35-38.

DEPTO DE PLANEJAMENTO-UNESP e PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO CLARO.

1984 - Levantamento sócio-econômico do Município de Rio Claro. (mimeogr.).

D'INCAO E MELLO, M.C.

1981 - Bóia Fria - Acumulação e Miséria. Ed. Vozes. Petrópolis.

DUARTE, E.N. Medicina Social- Aspectos Históricos e Teóricos. Global Ed. São Paulo. 1983.

DUARTE, J.C.; MONTALI, L.; OLIVEIRA, M.C. e PATARRA, N.C.

- 1985 - Alguns Problemas Teórico-Metodológico dos Estudos de População na América Latina. Textos NEPO 3. Campinas.

DURHAN, E.R.

- 1968 - Os Migrantes nacionais in São Paulo: espírito, povo, instituições. Ed. Pioneira. São Paulo.

- 
- 1973 - O Caminho da Cidade: A Vida Rural e a Migração para São Paulo. Ed. Perspectiva. São Paulo.

ENZENSBERGER, H.M.

- 1974 - A critique of political Ecology. New Left Rev. 84:17.

FERREIRA, L.C.; PIGNATTI, M.G. e YAMASHITA, M.

- 1982 - A Esquistossomose no município de Rio Claro. Anais a 34ª Reunião Anual da SBPC. Campinas.

FOUCAULT, M.

- 1980 - O Nascimento da Clínica. Forense/Universitária. Rio de Janeiro.

FUNDAP.

- 1983 - Características Regionais de Saúde no Esta

do de São Paulo. Relatório Final. São Paulo.

GOFFMAN, E.

1982 - Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada. Zahar Ed. Rio de Janeiro.

HAKKERT, R.; SYDENSTRICKER, J. e ROCHA, M.I.

1985 - Perfil Sócio-Econômico de Rio Claro. Textos Nepo 2. UNICAMP. Campinas.

HOGAN, D.J.

1978 - O Empobrecimento de São Paulo: análise de declínio das Oportunidades de Emprego in Cidades - Usos e Abusos. Ed. Brasiliense. São Paulo.

---

1982 - Problemas Sociais em Ecologia Humana. Anais da III Jornada Brasileira de Ecologia Humana. Campinas.

IAROTSKI, L.S. and DAVIS, A.

1981 - The Shistosomiasis problem in the World: Results of a Who questionnaire Survey. BULL WHO. 58(1): 115-127.

KATZ, N.

1984 - Pesquisadores desenvolvem moluscida contra Xistose. Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte.

LAURELL, A.C.

1976 - Apresentação, citada por Duarte, E.N., op. cit.

---

1983 - "A saúde, doença como processo social" in Medicina Social - Aspectos Históricos e Teóricos. Ed. Global. São Paulo.

LE BRUN citado por FOUCAULT, M.

1980 - O nascimento da clínica. Forense Universitária. Rio de Janeiro.

LEAVELL, H. e CLARK, E.G.

1976 - Medicina Preventiva. MacGrawhill do Brasil. São Paulo.

LESER, W.

1972 - Relacionamento de certas características populacionais com a mortalidade infantil de São Paulo. Probl. Brasileiro. 10(109):17.

LOYOLA, M.A.

1984 - Médicos e Curandeiros: Conflito Social e Saúde. Difel. São Paulo.

MACEDO, C.C.

- 1979 - A Reprodução da Desigualdade. Ed. Hucitec.  
São Paulo.

MARQUES, B.M.

- 1981 - Organização Social da Atenção Médica dirigida ao grupo materno-infantil in As Instituições Médicas no Brasil. Graal Ed.

MACHADO SILVA, L.A.

- 1978 - "O Significado do Botequim "in Cidades Usos e Abusos. Ed. Brasiliense. São Paulo.

MENEZES, C.

- 1976 - A Mudança: Análise da Ideologia de um Grupo Migrante. IMAGO; Rio de Janeiro.

MERHY, E.E.

- 1984 - "A educação e a saúde: visão histórica" in Ação Participativa: perspectivas de atuação dos Educadores de Saúde Pública. Ministério da Saúde. Brasília.

MORSE, A.

- 1979 - "Favelas do Município de São Paulo" in Tacher, S.P. A luta pelo Espaço: Textos de Sociologia Urbana. Ed. Vozes. Petrópolis.

ROUM, E.F.

- 1978 - Fundamentals of Ecology. University Press.  
London.

OLIVEIRA, F.

- 1976 - Acumulação Capitalista, Estado e Urbanização: A Nova Qualidade do Conflito de Classes. Rev. Contraponto. nº 1. Nov. 5-13. Rio de Janeiro.

- 
- 1980 - O Terciário e a divisão Social do Trabalho. Estudos CEBRAP. 24.137-168.

O MEIO GRITO

- 1980 - Estudo sobre as Condições e Direitos Associados ao Problema de Saúde. Cadernos do CEDI. nº 3. Rio de Janeiro.

PAIM, J.C.

- 1976 - Indicadores de Saúde no Brasil. Ed. Bahia. Salvador.

PAVLOVSKY, F.

- 1964 - Natural Nidality of Transmissible Disease. Peace Publishers. Moscow.

PESSÔA, S.B.

- 1978 - Ensaio Médico Sociais. CEBES/HUCITEC. São Paulo.

PEREIRA, J.C.

- 1982 - Medicina e Sociedade. Depto de Medicina Social da Faculdade de Ribeirão Preto. USP. (mimeogr.).

PIZA, F.T. e RAMOS, A.

- 1960 - Os Focos autóctones de Esquistossomose no Estado de São Paulo. Arq. Hig. Saúde Pública. 25(86):261-271.

- 
- 1959 - A Esquistossomose no Vale do Paraíba, Rev. Inst. Adolfo Lutz. 19.97-143.

- 
- 1970 - Esboço Histórico da Esquistossomose em São Paulo. Relatório de alguns fatos de importância. (mimeogr.).

POSSAS, C.

- 1981 - Saúde e Trabalho - A Crise da Previdência Social. Graal Ed. Rio de Janeiro.

PRZEWORSKI, A.

- 1977 - O processo de formação de classes. Rev. Dados. nº 16. 3-31. Inst. Universitário de Pesquisa. Rio de Janeiro.

RAMOS, C.L.

- 1976 - A Gente do Londres. Dissertação de Mestrado

apres. ao IFCH. Campinas. (mimeogr.).

SAWYER, D.

- 1982 - Migrações Humanas e Doenças Tropicais: fatores sociais. Anais do Seminário sobre controle de Doenças Tropicais no Processo de Migração Humana. Ministério da Saúde.

SEADE.

- 1983 - Análise Demográfica Regional. São Paulo.

SERRANO, A.I.

- 1984 - O que é Medicina Alternativa. Ed. Brasilense. SP.

SILVA, M.P.

- 1908 - A Shistose na Bahia. Arch. Parasitologia. 13.281-300.

SILVA, J.L.

- 1982 - Crescimento Urbano e Doença. A Esquistossomose no município de São Paulo. Apres. no Encontro de Geografia de São Paulo. Brasília. (mimeogr.).

- 
- 1983 - A Evolução do Conhecimento acerca da Esquistossomose no Brasil: Exemplo de Colonialismo Interno? Depto de Medicina Preventiva e Social. UNICAMP. (mimeogr.).

SINGER, P.

- 1977 - Pesquisa sobre Economia da Saúde no Brasil.  
CEBRAP. São Paulo. (mimeogr.).
- 

- 1985 - Economia Política da Urbanização. Ed. Brasileira. São Paulo.

SUCEN.

- 1982 - II Encontro sobre Esquistossomose Mansônica. São Paulo. (mimeogr.).
- 

- 1983 - Programa de Controle da Esquistossomose Mansônica. São Paulo. Relatório Final. (mimeogr.).
- 

- 1985 - Programa de Controle da Esquistossomose Mansônica no Estado de São Paulo. Relatório Anual. (mimeogr.).
- 

- 1985 - Levantamento de Focos. Rotina. (mimeogr.).

SUSSER, M.

- 1973 - Causal Thicking in the Health Science.  
Oxford University Press. London.

THIOLLENT, M.

- 1985 - Crítica Metodológica, Investigação Social e Inquete Operária. Ed. Polis. São Paulo.

WARREN, K.L.

- 1973 - Shistosomiasis: The evolution of the world literature. 1952-1972. Mit. Press. Cambridge.

WEFFORT, F.C.

- 1966 - "Estudos de Massas no Brasil "in Revista Civilização Brasileira. nº 7. Ed. Civilização Brasileira. Rio de Janeiro.

WEISBROAD, B.A. e COL.

- 1973 - Disease and Economic Development: The impact of Parasitic Disease. Madison Univ. Press. Wisconsin.

WILLIAMS, R.

- 1969 - Cultura e Sociedade. Ed. Nacional. São Paulo.

YUNES, J. e ROCHENZEL, V.S.

- 1974 - Evolução da Mortalidade Geral, Infantil e Proporcional no Brasil. Rev. Saúde Pública. 8(supl.):3. São Paulo.

ZOLA, K. J.

1979 - " Culture and Symptoms - An Analysis of Patients "   
citado por Boltanski, L. As Classes Sociais e a   
Doença. op. cit.

## A N E X O

ENTREVISTA AOS DOENTES NOTIFICADOS COM ESQUISTOSSOMOSE -  
CENTRO DE SAÚDE DE RIO CLARO.

1 - A história sanitária da família.

Local de nascimento:

Local de origem: Município e origem rural ou urbana

Locais onde a família já passou até chegar aqui:

Tiveram algumas doenças nestes locais? Quais?

Em que data?

De que doença se tratava?

Como se manifestou esta doença?

O que foi feito para curá-la?

Tempo de residência no local?

Que recursos médicos são utilizados?

2 - Higiene e a medicina preventiva.

Na sua opinião, existem meios para se manter em boa saúde  
sem tomar remédios?

De maneira geral, o que se deve fazer para se manter em boa saúde?

O que se deve evitar para não ficar doente?

Quais são os alimentos que são bons para a saúde?

Na sua opinião, mais ou menos, quantas vezes por ano uma pessoa deve consultar o médico?

O que acha do serviço do Centro de Saúde?

Na sua opinião, é bem atendido?

Para que serve o Centro de Saúde?

Você tem uma carteira de saúde?

Na sua opinião, para que serve?

Conheço na sua família, ou no seu meio, mais alguém com esquistossomose?

Como você percebeu que estava com esquistossomose?

Porque, na sua opinião, alguém fica com esquistossomose?

3 - O médico.

Quando consulta um médico, procura qualquer médico, ou tem um médico habitual?

Seu médico mora no seu bairro?

Na sua opinião, ele é um bom médico (com resposta sim ou não)?

O que leva a dizer isso?

Quando vai ao Centro de Saúde, quanto tempo dura a consulta habitualmente?

Na sua opinião é suficiente?

Em média, quanto espera para ser atendido?

Enquanto o médico examina, ele faz perguntas?

Que tipo de perguntas?

Consegue sempre responder, ou às vezes é difícil?

Em que caso, por exemplo, pode ser difícil responder?

E, você, faz perguntas?

Ele responde facilmente?

Ele diz tudo que você gostaria de saber sobre a sua doença?

Você compreende o que ele lhe diz?

Ele sempre dá receita?

Acha que receita remédios demais, ou, pelo contrário, muito pouco?

Por que?

Que tipo de medicamentos lhe receitou para esquistossomose?

Você sarou completamente ou não?

Gostou do tratamento?

Teve efeitos colaterais?

O médico, antes de receitar o medicamento, fez um exame completo em você?

4 - Informações gerais sobre o doente.

Endereço:

Nacionalidade:

Lugar de nascimento:

Idade:

Ocupação:

Nível de instrução:

Profissão:

Quais são aproximadamente os rendimentos familiares por mês?

5 - Instalação da casa.

Fornecimento de água:

Coleta e destino do lixo?

Calçamento:

Iluminação:

Esgoto:

Observações:

6 - Características da habitação?

Condições de ocupação da casa:

Tipo de construção:

Número de cômodos:

Tipo do piso:

Instalação sanitária:

Local de lavagem de roupa:

Presença de corpos de água nas proximidades?

ERRATA:

Leia-se na página 5, segundo parágrafo:

"Na segunda etapa, com o objetivo de analisar como o desamparo social reflete-se no modo como os sujeitos sociais vivenciam e percebem seu estado de saúde, o presente trabalho realizou entrevistas com pacientes notificados com esquistossomose pelo Centro de Saúde do município. Optou-se por entrevistar os 40 doentes notificados nos últimos 12 meses, o maior número encontrado anualmente nestes últimos 10 anos".