

Når helsevesenet banker på din dør

-et møte mellom hjemmet og det
offentlige helsevesenet i Brasil

Trond Heitmann

Hovedfagsoppgave ved
Sosialantropologisk institutt
Universitetet i Oslo
Mai 2003



"Faren for alle herskere er at de har lett for å se på historien som et resultat av store generaliseringer og ikke som summen av millioner små enkeltheter, som mangelfullt kloakksystem og seksuell besettelse og smittebærende moskito."

fra "Fiskerens sko" av Morris West, 1963

INNHold

Forord	7
Sammendrag.....	9
INNLEDNING	13
Problemstilling	13
Oppgavens oppbygging	14
Bakgrunn	16
Metode.....	17
Bosted	18
Praktisk utføring	19
Språk	20
Etiske implikasjoner	21
Personlig autonomi og anonymitet	21
Forskerrollen	23
Teoretisk utgangspunkt.....	24
Det tradisjonelle og det moderne i Brasil.....	25
Helsevesenet	30
Programa de Saúde da Família- familiehelseprogrammet.....	32
Helsestasjonen	33
Helseteam.....	33
Lokal deltakelse.....	34
Å leve i São Pedro	35
1 SÃO PEDRO	37
Historisk bakgrunn.....	38
Migrasjon.....	39
”Aqui, tudo era mangue”	41
Ideologisk bevisstgjøring	42
”Urbanisering”	45
Om befolkningen og myndighetene	47
São Pedro i dag.....	49
Kampen.....	49
Konklusjon	53
2 FORTELLINGER OM HELSEVESENET	54
Hva sier fortellingene?.....	55
Antônios død	55
Å fortelle en historie.....	57

Fortellingenes betydning i São Pedro.....	60
Lokal erfaring og ekspert erfaring.....	61
Møtet med ekspertene.....	65
Konklusjon	70
3 OM HELSEVESENET	72
Staten som garantist for befolkningens helse	72
Det brasilianske helsevesenet.....	74
Sistema Único de Saúde- et enhetlig helsesystem.....	75
Militærdiktaturet som kontrast.....	76
Et demokratisk helsevesen	79
Antropologiske problemstillinger.....	80
Konklusjon	85
4 ARBEID, KJØNN OG HELSE.....	88
Arbeidets uforutsigbarhet.....	88
Arbeid i São Pedro.....	89
Gaten og hjemmet.....	92
Gianni blir lønsmottaker.....	93
Sosiale rom.....	94
Feminine og maskuline univers	96
Å møte helsevesenet	99
Maskulinitet, femininitet og helsevesen.....	103
Konklusjon	107
5 HELSEKONTAKTENES GRENSELØSE DILEMMA.....	110
Grenseproblemer	110
Organisasjonens utydelige avgrensning.....	111
Relasjonenes personlige dimensjon	113
Ressursknapphet.....	116
Helsestasjonens ressursbegrensninger	117
En upopulær hjelp	119
Forventninger og begrensninger.....	120
Do you know who you are talking to?!.....	123
Helsekontaktene som sosial gruppe.....	124
Uformelle roller og løsningsstrategier	125
Jogo de cintura- å vrikke på hoftene.....	126
Hjelpere i systemet.....	127
Å omgå regler	129
Jeitinho.....	130
Når handlefriheten låses.....	133

Konklusjon	134
6 HØYT PRESS OG HØYT BLODTRYKK.....	136
Å ta godt vare på seg selv	136
Banan- en unyttig frukt	137
Pressão alta	140
Teoretiske perspektiver	141
Å erfare høyt blodtrykk.....	144
Høyt press	144
Lavt blodtrykk	146
Relevant erfaring	149
Å bo i São Pedro.....	150
Hvem lider av høyt trykk?	150
Konklusjon	152
AVSLUTTENDE BEMERKNINGER.....	155
Komparasjon.....	155
São Pedro i et øyeblikk	158
KILDER	159

Forord

I en langvarig prosess som en hovedoppgave ofte er, faller det seg naturlig at det er en rekke mennesker som har bidratt med viktige innspill, retningsgivende påvirkninger og uvurderlig støtte av mer personlig karakter. Det er ikke rom for å nevne alle, men det er noen som ikke kan utelates.

Først og fremst vil jeg takke min kone, Grethe, som på ulike måter har bidratt i prosessen med å ferdigstille denne hovedoppgaven. Med sin medisinske kompetanse har hun ikke bare gitt viktige innspill til forhold i oppgaven der det kreves innsikt i biomedisinsk kunnskap, men hun har også fungert som god diskusjonspartner. Hun har også fungert som en god støttespiller under feltarbeidet og nyttig ”tilhører” når jeg har hatt behov for at noen skal bare lytte til mine spekulasjoner.

Jeg må også rette en stor takk til Mercedes Falchetto Antoniazzi som tok imot oss og åpnet hjemmet sitt mens jeg foretok feltarbeidet. Hennes kontakter og erfaring med helsevesenet bidro sterkt til at jeg fikk kommet raskt i gang og hennes utholdenhet når det gjaldt å finslipe og korrigere språket mitt var av enorm betydning. Jeg vil også takke de ansatte på helsestasjonen jeg oppholdt meg på under feltarbeidet. Alle, fra leger til rengjøringspersonale, viste stor velvilje og utholdt en rekke naive spørsmål som mitt nærvær medførte. Spesielt vil jeg takke helsekontaktene for den tilliten og åpenheten de viste og koordinatoren for hennes åpenhet om forholdene på helsestasjonen. I det som etter hvert utgjorde mitt studieunivers har det også utviklet seg vennskap og relasjoner som har stor personlig betydning.

Det bør også rettes en takk til de lokale helsemyndighetene i Vitória som bisto med statistisk informasjon og som hele tiden var tilgjengelige for spørsmål og kommentarer. Til

slutt vil jeg takke min veileder, Signe Howell, som har gitt klare beskjeder om svake og sterke sider ved mine utkast til kapitler.

Feltarbeidet ble utført med stipend fra Lånekassen, UNIFOR og Sosialantropologisk Institutt ved Universitetet i Oslo.

Trond Heitmann

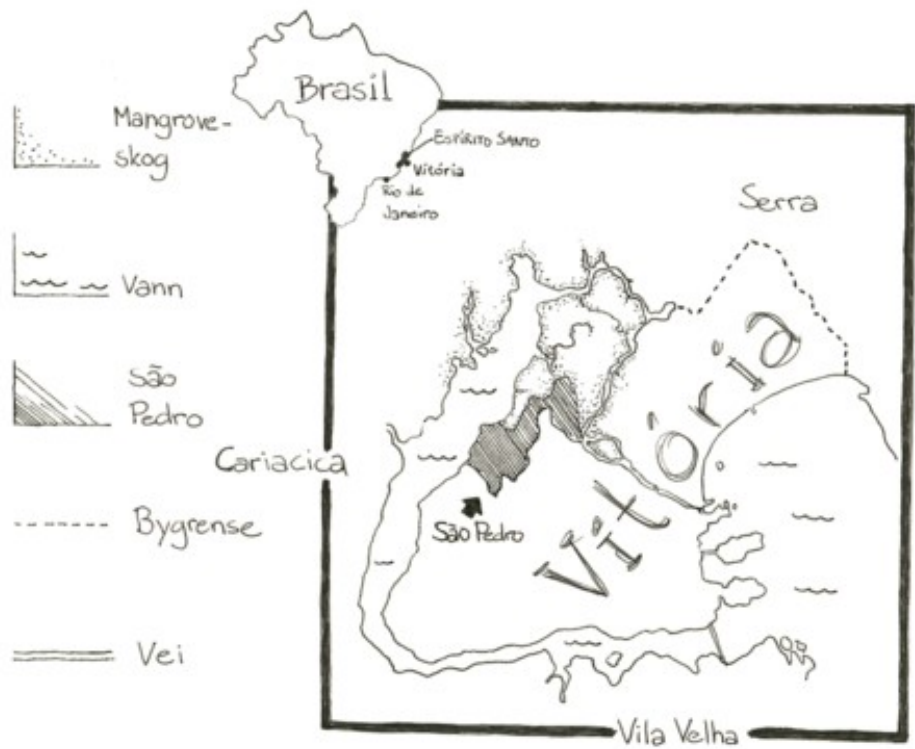
Fredrikstad, april 2003

Sammendrag

Denne oppgaven vil kretse rundt spørsmål som fokuserer på interaksjon mellom helsevesenet og beboere São Pedro. São Pedro er en ”ressurssvak” bydel i Vitória, hovedstaden i Espírito Santo, en stat som ligger rett nord for Rio de Janeiro i Brasil. Et grunnleggende tema for denne avhandlingen, som jeg ønsker å belyse på ulike måter, er hvordan ulike erfaringer av hverdagen, idealer og koder for samhandling tydeliggjøres i interaksjonen mellom beboere og helsearbeidere.

Implementeringen av helsereformen *Programa de Saúde da Família* som er med på å danne den empiriske konteksten for denne oppgaven, egner seg godt for å tydeliggjøre noen aspekter ved denne interaksjonen. En grunnleggende idé i helsereformen slik den artikuleres gjennom lokale og føderale myndigheter, er at det offentlige helsevesenet må satse på forebyggende tiltak samtidig som det legges vekt på å betrakte pasienten i et helhetlig perspektiv. Sosiale forhold som arbeidsløshet, utdanning, sanitærforhold og livsstil blir ansett som viktige variabler når det gjelder hvordan man ønsker å gripe inn for å bedre befolkningens helse. Dermed legges det opp til at helsevesenet ideelt sett skal kunne gripe inn i en rekke forhold som kan påvirke borgernes helsetilstand, og de går i stor grad bokstavelig talt inn i folks hjem når de utfører sitt arbeid.

Det er i dette møtet vi skal følge helsearbeidere og beboere som i noen grad forvalter ulike perspektiver på individets relasjon til sine omgivelser. På den ene siden ser vi at gjennom helsevesenets syn på individene betraktes de ideelt sett gjennom et egalitært perspektiv. Måten de behandles på skal være uavhengig av sosial klasse eller andre tilskrevne statuser, et perspektiv som inkluderer mer eller mindre definerte plikter og rettigheter. Vi skal imidlertid se at dette idealet riktignok etterstrebes, men mangel på ressurser og andre koder for samhandling påvirker og dominerer ofte over disse egalitære kodene for atferd.



Innledning

Høsten 2001 fikk en gruppe studenter på medialinjen ved FAESA (Faculdade Espiritosanense de Administração), et fakultet for høyere utdanning i Vitória, i oppgave å lage en kort dokumentarfilm om helsereformen som implementeres i São Pedro, bydelen som ligger rett på utsiden av muren som omgir fakultetet. De fikk følge lokale helsearbeidere i noen dager og kunne en måned senere vise filmen ”Helsen banker på din dør” (*A saúde bate na sua porta*).

Selv fikk jeg anledning til å følge helsearbeidernes arbeid over en periode på et halvt år i den samme bydelen. Etter å ha besøkt mange hushold, intervjuet mange mennesker som på ulike måter involveres i helsereformen, finner jeg det naturlig å velge en liknende tittel på denne oppgaven. ”Når helsevesenet banker på din dør -et møte mellom hjemmet og det offentlige helsevesenet i Brasil” forsøker å belyse noen aspekter ved at det offentlige helsevesenet inviterer seg selv inn i folks hjem for å bedre deres helsetilstand.

Problemstilling

Når representanter for helsevesenet banker på døren til beboerne i São Pedro oppstår et møte mellom to parter: beboere og helsearbeidere. Jeg vil i denne oppgaven fokusere på hvordan dette møtet tydeliggjør ulike erfaringer av den sosiale konteksten der helsereformen implementeres og at dette møtet kan aksentuere ulike legitime koder for samhandling. Jeg vil derfor forsøke å komme med forslag til hvordan en kan beskrive dette møtet. Ikke bare ønsker jeg å gjøre implisitte koder for samhandling eksplisitt, men jeg vil også forsøke å vise hvordan et slikt møte også kan fortelle oss noe om delte erfaringer ved å leve i en ”ressurssvak” bydel som São Pedro.

Oppgavens oppbygging

Til å begynne med kommer jeg til å presentere utviklingen av São Pedro, en av de ”fattige” bydelene i Vitória, hovedstaden i den brasilianske delstaten Espírito Santo. Her vil jeg forsøke å belyse hvordan helsevesenet opptrer i en lokalhistorisk kontekst hvor bydelen er blitt en stadig mer integrert del av byen Vitória. Bydelen har oppstått og endret seg som et resultat av lokalbefolkningens kamp for retten til et sted å bo på den ene siden, og myndighetenes aktive bidrag til det de kaller ”urbanisering” av området på den andre. Det blir i dette kapitlet derfor viktig å belyse hvordan beboerne i området må betraktes som aktivt handlende individer og ikke bare som passive mottakere av myndighetenes velferdstilbud. Jeg vil dermed forsøke å tydeliggjøre noen historiske og sosiale forhold som vil hjelpe leseren til å forstå noen aspekter ved den sosiale konteksten helsevesenets programmer implementeres. Deretter vil jeg gå over til å se nærmere på hvordan beboernes historier og fortellinger om relasjonen mellom befolkningen og helsevesenet sier mye om de utfordringene som ligger i dette forholdet. Ikke bare er det fortellingenes innhold, men også hvordan de fortelles og deres moralske implikasjoner som blir interessante. Mange av disse fortellingene kan også hjelpe oss til å forstå hvordan det er å leve i en bydel som São Pedro. Samtidig vil jeg forsøke å skape et utgangspunkt for å illustrere hvordan den sosiale virkeligheten i São Pedro kan beskrives på ulike måter. Noe av hensikten er å skape en viss nysgjerrighet på hvordan ulike forestillinger om sosiale relasjoner kan manifesteres og mestres i møtet mellom det universelle og kosmopolitiske helsevesenet og den lokale sosiale konteksten beboerne i bydelen er en del av. På dette tidspunktet regner jeg med at leseren har fått et inntrykk av São Pedro og noen praktiske utfordringer som oppstår i møtet mellom helsevesenet og beboerne. Derfor vil jeg i det neste kapitlet gjøre eksplisitt noen verdier og forventninger som man kan finne i det offentlige helsetilbudet. Jeg vil også her forsøke å belyse noen antropologiske perspektiver på relasjonen mellom helsevesenet og beboerne i bydelen. Den historiske

gjennomgangen av helsevesenet kommer til å være noe overfladisk for å kunne gi mer plass til betraktninger som tydeliggjør helsevesenets perspektiv på individets relasjon til storsamfunnet.

De tre siste kapitlene vil ha et klarere empirisk preg enn de foregående. I det femte kapitlet kommer jeg til å vende tilbake til beskrivelsen av hverdagens utfordringer i São Pedro. Her vil jeg helt konkret se på relasjonen mellom arbeid, kjønn og helse. Disse temaene er valgt fordi det kan illustrere hvordan sosiale relasjoner og identitet knyttet til kjønn og arbeid byr på praktiske utfordringer i gjennomføringen av helsereformen. Samtidig stilles det spørsmål til om det også kan ligge utfordringer i kommunikasjonen mellom helsestasjonen og beboerne gitt ulike oppfatninger og idealer relatert til henholdsvis egalitære idealer på den ene siden, og hierarkiske idealer på den andre siden. Denne diskusjonen åpner opp for det femte kapitlet som skal gå mer konkret inn på rollen til *Agente Comunitários de Saúde* (ACS), eller *helsekontaktene* som jeg for det meste vil kalle dem. Deres rolle er interessant fordi de ulike perspektivene på individet i samfunnet som er blitt presentert i de foregående kapitlene, nå kan betraktes som et vedvarende trekk ved enkeltmenneskers mestring av sin hverdag. Fokuset her rettes mot det faktum at de på den ene siden er beboere i bydelen, samtidig som de er representanter for helsevesenet og dermed profesjonelle helsearbeidere i det samme sosiale fellesskapet. Et viktig element i diskusjonen vil bli hvordan rollen ikke har klare grenser, et forhold som både er befriende, men også kan oppleves ubehagelig. Det avsluttende kapitlet vil så gå tilbake til å fokusere på hvordan den lokale konteksten transformerer begreper og gjør dem relevante i forhold til daglig erfaring. Ved å rette oppmerksomheten mot hypertensjon og begrepet *pressão alta* (høyt trykk), kan man se at helsevesenet lanserer et begrep med stor suksess, men at dette begrepet slik det brukes i São Pedro på mange måter inneholder mer enn det den biomedisinske definisjonen tillater. Jeg vil stille spørsmål til om

ikke det som av helsevesenet betegnes som en lidelse, av mange beboere brukes for å snakke om sosiale forhold i bydelen og hvordan det oppleves å bo der.

Felles for alle kapitlene er å vise hvordan helsevesenet på ulike måter opererer i en gitt sosial kontekst. Selv om det ideelt sett skal handle etter universelle prinsipper må det også forholde seg til andre koder for adferd hvor både lokalhistorie, kjønnsidentitet og strategier for inntektsvervelse er viktige variabler som påvirker og utfordrer de daglige gjøremål.

Bakgrunn

Min grunnleggende interesse for helse og helseadministrasjon i relasjon til sosialantropologi bunner nok i at jeg er gift med en lege. Kombinasjonen sosialantropolog og helsearbeider leder naturlig nok til at mange av samtalene ved middagsbordet ligger i dette krysningsfeltet hvor administrative, økonomiske og politiske spørsmål blandes med (og er uløselig knyttet til) spørsmål av mer analytisk, etisk og filosofisk karakter. Gjennom tidligere opphold i Brasil og erfaringer både med brasiliansk offentlig helsevesen og opplevelser knyttet til menneskers mestring av sykdom og lidelse, har jeg lenge hatt et ønske om å utvide min forståelseshorisonter i relasjon til brasilianeres mestring av hverdagen generelt og sykdom spesielt.

At jeg endte opp med å gjøre feltarbeid i Vitória i Espírito Santo er nok litt tilfeldig. I likhet med den nederlandske sosialantropologen Geert Banck var jeg opptatt av at jeg ikke ville reise til for eksempel Bahía, ”den brasilianske eksotismens Mekka” (Banck 1998:16) som allerede har ”overflod av antropologer” (ibid.). Kanskje det var min interesse for det ukjente som gjorde at jeg i likhet med Banck valgte bort både Amazonas og de store metropolene og fattet interesse for Espírito Santo, en liten og ukjent stat klemt inne mellom sine mer kjente nabostater Rio de Janeiro, Minas Gerais og Bahía.

Gjennom kontakt med sosialantropologer i Brasil kom jeg til Vitória sommeren 2001. Til å begynne med tok jeg kontakt med det statlige akuttssykehuset og fikk tillatelse til å

begynne feltarbeidet hos dem. Dette var naturlig for meg ettersom mine tidligere opplevelser med helsevesenet i Brasil dreide seg om kontakt med sykehusene. Jeg oppdaget imidlertid raskt at det var vanskelig å få god kontakt med pasientene ettersom de kom fra mange ulike steder og oppholdt seg i relativt kort tid på sykehuset. Med bakgrunn i en tiltagende frustrasjon over at jeg ikke følte at jeg kjente godt nok til den sosiale bakgrunnen til pasientene begynte jeg etter et par ukers tid å se meg om etter en måte å drive feltarbeidet på som var mer relatert til folks lokalmiljø. Dermed falt oppmerksomheten på de lokale helsestasjonene og implementeringen av helsereformen *Programa de Saúde da Família* (PSF-”Familiehelseprogrammet)

Metode

Som en grunnleggende metode har jeg brukt det som bredt kan defineres som deltakende observasjon. Som blant annet Elizabeth Tonkin peker på, er imidlertid dette begrepet en så vid beskrivelse at det ikke er uproblematisk å definere det som en gitt forskningsmetode (Tonkin i Ellen 1984). For mitt eget vedkommende besto det i utgangspunktet av å observere ulike samhandlingssituasjoner og å lytte til det som ble sagt. Imidlertid var det viktig at min tilstedeværelse ble legitimert og at jeg på en eller annet måte deltok i samhandlingen. Jeg var avhengig av tillit og akseptasjon fra informantene og måtte derfor følge visse koder for adferd og forsøke å finne ut hvilken rolle som var mest relevant for meg. I stor grad er min deltakende observasjon relatert til samhandlingssituasjoner mellom helsearbeidere og beboere i bydelen, ettersom jeg gikk rundt i bydelen sammen med ulike helsearbeidere. Imidlertid er det viktig å framheve at jeg oppsøkte og møtte beboere i en rekke andre fora også (se nedenfor).

I feltarbeidet har jeg også forsøkt å benytte ulike metoder, selv om deltakende observasjon må sies å danne mye av fundamentet for de funnene jeg har gjort. Ved å

henvende meg til ulike kilder, har jeg til en viss grad gjennom metodetriangulering (Denzin 1989) kunnet verifisere eller avkrefte visse inntrykk.

Bosted

Som avsnittet over indikerer, baserte jeg mye av feltarbeidet på deltakende observasjon. Rent metodisk ville det nok vært optimalt å bo i bydelen for å kunne bli bedre kjent med sosial interaksjon utover det jeg observerte på dag- og kveldstid. Jeg fikk imidlertid sterke advarsler mot å bli der på grunn av de høye kriminalstatistikkene. Mellom januar og august 2001 ble det begått over femti drap i bydelen (med drøyt 30.000 innbyggere), og en høy frekvens av ran, innbrudd og overfall gjorde at jeg ikke tok sjansen på å bosette meg der. Av sikkerhetsgrunner, og spesielt fordi min kone var med på feltarbeidet vurderte jeg det derfor som tryggest å tilbringe nettene utenfor São Pedro. Jeg oppdaget imidlertid at en rekke av advarslene og ryktene knyttet til bydelen var betydelig overdrevet. I begynnelsen gikk jeg derfor i godt brukte sandaler og tok av giftering og klokke for å underkommunisere min gunstige posisjon rent materielt sett. Imidlertid oppdaget jeg at dette var vel drastiske tiltak, basert mer på rykter om São Pedro enn hvordan forholdene var der. Jeg fikk tvert imot inntrykk av at det kunne virke mer respektløst å demonstrere sin frykt og mangel på tillit ved å "gjemme unna" alle verdigjenstander.

Å bo utenfor São Pedro bidro imidlertid til at jeg fikk et grunnlag for komparasjon og en refleksiv avstand til "feltet". Min kone som er utdannet lege, hospitererte på et akuttisykehus under feltarbeidet. Dette gjorde at vi også fikk en sosial omgangskrets fra de øvre lag av befolkningen. Én dag kunne jeg delta på demonstrasjon mot guvernøren, mens jeg kort tid etter ble invitert på en bankett for leger hvor også guvernøren sto på gjesteliten. Å oppleve kontrastene hjalp meg også til å få et inntrykk av de enorme sosiale forskjellene som kan finnes i Vitória.

Vi bodde hos en sosialarbeider fra den lavere middelklasse som jeg hadde kommet i kontakt med gjennom andre sosialantropologer i Brasil. Hun hadde lang erfaring med å jobbe i det brasilianske helse- og sosialvesenet og hadde en rekke kontakter som var nyttige for mitt feltarbeid. Det var også hun som introduserte meg for São Pedro og den helsereformen som denne avhandlingen dreier seg om. I tillegg til dette var hun svært behjelpelig med relevant litteratur om det brasilianske helsevesenet.

Praktisk utføring

Selve den helsereformen som her studeres, baserer seg mye på hjemmebesøk. Derfor var jeg ofte med når ulike grupper av helsearbeidere gikk på besøk hjemme hos beboere. Til sammen anslår jeg at jeg besøkte mellom 250 og 300 ulike hushold i bydelen, og noen av dem var jeg innom flere ganger. Enkelte av besøkene kunne vare i over en time og jeg fikk ofte god anledning til å snakke med pasientene. Gjennom hjemmebesøkene og samtaler med helsekontaktene, fikk jeg også anledning til å møte og oppsøke på nytt personer som kunne være spesielt interessante for feltarbeidet. I tillegg til dette brukte jeg tid på å bare oppholde meg på helsestasjonen, hjelpe til med enklere oppgaver og å snakke med pasienter og ansatte. I hovedsak møtte jeg altså beboere som var avhengig av det offentlige helsevesenet og som bodde i det området helsestasjonen jeg oppholdt meg på hadde som sitt ansvarsområde. Når jeg refererer til ”beboere i São Pedro” i denne avhandlingen, er det derfor viktig å vite at jeg da egentlig omtaler et område i bydelen og i liten grad personer med egen helseforsikring (se side 32). Allikevel har jeg valgt å bruke navnet på hele bydelen for å ivareta en viss grad av anonymitet.

Mot slutten av feltarbeidet foretok jeg formelle intervjuer med nesten alle ansatte på helsestasjonen¹, basert på et eget utformet spørreskjema. Dette spørreskjemaet prøvde jeg først ut på to av helsekontaktene før jeg formulerte det endelige skjemaet. De to første forsøkene viste at de svarene jeg fikk inneholdt verdifulle tilleggsopplysninger som lettest kom fram ved at jeg satte meg ned med hver enkelt og gikk gjennom spørsmålene. For eksempel oppdaget jeg på denne måten at begrep som ”inntekt” ikke var så lett å uttrykke på et standardisert skjema (se kapittel 4 og 5). Jeg fikk også god hjelp av sosialarbeideren jeg bodde hos til å utforme ordlyden i spørsmålene slik at de i størst mulig grad reflekterte det jeg ønsket å vite. Jeg foretok også noen formelle intervjuer med beboerne, men oppdaget imidlertid at disse fungerte best dersom jeg hadde brukt noe tid sammen med dem på forhånd. Jeg oppdaget også at det var lettest å bruke båndopptaker i møte med representanter for høyere sosiale klasser (leger, politiske og administrative ledere), mens dette kunne være til direkte hinder i møte med beboere jeg ikke kjente spesielt godt. Der hvor jeg har sitert utsagn, er dette imidlertid ordrett sitater fra båndopptak eller utdrag av notater som jeg skrev umiddelbart etter at utsagnene ble ytret.

I tillegg til deltakende observasjon og formelle og uformelle intervjuer og samtaler, har jeg brukt sekundærkilder som bøker om bydelen, avisartikler og en film om bydelen fra 1983. Jeg oppsøkte også arkivet til avisen A Gazeta for å få et inntrykk av hvordan bydelen ble omtalt i pressen på 1980-tallet. Jeg tror også at de metoder jeg anvendte i feltarbeidet vil komme til syne etter hvert i selve oppgaven.

Språk

Fordi svært få i Vitória og spesielt i São Pedro behersket andre språk enn portugisisk, var jeg avhengig av å kommunisere på deres eget språk. Jeg følte at kunnskapene jeg hadde tilegnet

¹ Én helsekontakt uttrykte klart ønske om å ikke å bli intervjuet, mens to hjelpepleiere reiste på ferie før jeg fikk

meg ved to tidligere opphold i Brasil samt fullførelsen av trinn to ved Friundervisningens portugisiskkurs var tilstrekkelig for å kunne begynne feltarbeidet. Imidlertid bruker beboere i São Pedro ofte ”slang” og spesielt i situasjoner med rask ordveksling og utydelig uttale, må jeg innrømme at jeg ikke oppfattet alt som ble sagt. Jeg var derfor opptatt av å spørre på nytt hvis det var ting jeg ikke hadde fått med meg. I intervjusituasjoner og samtaler med noen få personer var det derimot ikke så vanskelig å forstå hva som ble sagt. Jeg tror at mange også tilpasset språket når de henvendte seg direkte til meg. Under feltarbeidet gjennomførte jeg dessuten et portugisisk kurs for brasilianere som vil søke på opptaksprøver til universitetet ved Det føderale universitetet i Espírito Santo (UFES). Dette var med på å hele tiden bedre språkkunnskapene slik at jeg etter hvert ikke bare kunne forstå de mer lokale uttrykkene, men også selv kunne bruke et mer nyansert språk. Blant annet av denne grunn ventet jeg til sent i feltarbeidet før jeg lagde spørreskjemaene.

Etiske implikasjoner

Ettersom mitt feltarbeid dreide seg om deltakelse i situasjoner som kan karakteriseres som intime og til tider sterkt følelsesladde, er det nødvendig å reflektere noe over etiske aspekter ved den forskningen som ble utført.

Personlig autonomi og anonymitet

Den største utfordringen jeg opplevde i feltarbeidet i relasjon til etisk forsvarlig forskning, var relatert til ivaretagelse av individenes integritet, autonomi og muligheter til å ikke ville delta i forskningen. Dette er et ideal som ofte er vanskelig å ivareta (se Engelstad 1998:435), men til tider opplevde jeg situasjoner på grensen til det jeg opplevde som etisk ukomfortabelt. Av denne grunn er noen interessante episoder utelatt fra denne skriftlige framstillingen.

intervjuet dem.

I forskningsetisk litteratur, er det pekt på hvordan det kan være vanskelig å ivareta et strengt krav til personlig autonomi når man bruker deltakende observasjon som metode (ibid.: 436). Utfordringen oppstår når man studerer sosiale situasjoner hvor deltakerne ikke er bevisst at de er gjenstand for studier. I tillegg forsterkes dette problemet når forskeren oppnår tillit og kan bevege seg fra det offentlige rom og over til den mer private samhandlingssfære. For det første kan det oppstå en situasjon hvor det blir vanskelig for forskeren å evaluere hva informantene ikke ønsker at skal komme på trykk. Deretter blir det en utfordring at kanskje den mest interessante informasjonen kommer i situasjoner hvor informantene ”glemmer” at de er gjenstand for forskning eller gir informasjon som er ment å skulle være fortrolig.

I prosjektbeskrivelsen før feltarbeidet adresserte jeg disse aspektene og gjorde det klart at jeg ønsket å være åpen med mine hensikter. Da feltarbeidet begynte forklarte jeg også at jeg var der for å studere helsevesenets samhandling med beboerne og at det skulle kunne ut i en avhandling om helsevesenet og São Pedro. Allikevel opplevde jeg at helsearbeiderne aldri spurte pasientene om det var greit at jeg fikk være med på besøk i hjemmene. Slike grenser ble uten unntak trukket opp av helsearbeiderne selv, og det varierte i hvilken grad de beskyttet pasientene. Når dette er sagt er jeg usikker på om pasientene selv opplevde situasjonen like ukomfortabel som det jeg gjorde. Som vi skal se nedenfor ble jeg etter hvert til noen grad betraktet som ansatt på helsestasjonen og mange uttrykte nysgjerrighet på hvem jeg var. På selve helsestasjonen var imidlertid personvernet større. Jeg fikk aldri være med på konsultasjoner, men jeg fikk tilgang til journaler og annen informasjon om pasientene. Det er viktig å påpeke at selv om jeg ikke skrev under på noen taushetserklæring, fikk jeg i spesielt sensitive situasjoner² beskjed om at jeg ikke måtte snakke med andre om pasientene.

For å ivareta et visst personvern har jeg derfor endret alle navn med unntak av personer som kun refereres til i kraft av deres offentlige titler og hvor anonymisering har

særdeles liten relevans (for eksempel navnet på byens helsesekretær og landets president). Til tross for at jeg har anonymisert de fleste navnene og hvilket område av bydelen jeg utførte feltarbeidet i, vil nok en som kjenner stedet allikevel selv kunne trekke visse slutninger på bakgrunn av den informasjonen som kommer fram.

Forskerrollen

Før jeg begynte med feltarbeidet, hadde jeg presentert prosjektet både for den helseadministrative ledelsen både for byen Vitória og med de som hadde ansvaret for det offentlige helsearbeidet São Pedro. Forut for dette hadde jeg også to ganger oppsøkt helsestasjonen der feltarbeidet er utført og hatt lengre samtaler med koordinatoren og noen av de andre ansatte. Derfor opplevde jeg ganske tidlig at min tilstedeværelse ble betraktet som legitim rent formelt sett.

I begynnelsen var det nok min rolle som utlending og student som var det mest framtreddende. Jeg opplevde også at jeg i den første perioden ble tydelig introdusert for pasientene som norsk og som en som skulle lære mer om helsevesenet. Etter hvert som jeg ble et mer vanlig innslag i gatebildet, hadde deltatt på gudstjenester og grillfester og ble trukket med på demonstrasjoner mot guvernøren, fikk jeg naturlig nok flere identiteter jeg kunne spille på. Ikke sjelden visste pasientene hvem jeg var før jeg kom på besøk, eller jeg hadde møtt dem ved andre anledninger. Allikevel opplevde jeg at rollen som student eller forsker til en viss grad gav oppriktige signaler om min tilstedeværelse og jeg gjorde ikke forsøk på å skjule dette.

Av beboerne ble jeg nok etter hvert først og fremst oppfattet som en ansatt på helsestasjonen. Dette gjorde at jeg på den ene siden fikk tilgang til mye informasjon (om pasientenes fysiske og psykiske helse, sosiale problemer, etc.) forbeholdt helsearbeidere,

² Det kunne dreie seg om incest, barnevernssaker eller problemer relatert til kriminalitet.

mens det på den andre siden gav meg en identitet som kanskje ble knyttet mer til myndighetene enn det jeg ønsket. Derfor brukte jeg også det aller meste av tiden sammen med helsekontaktene, beboere som også er ansatt på helsestasjonen. Jeg oppdaget at denne gruppen klart kunne markere avstand til myndighetene selv om de skulle representere det samme organet. De gav meg også god inngang til lokalsamfunnet ettersom de hadde bodd der i mange år og kjente godt til bydelen (se kapittel 5).

Jeg har også inntrykk av at mange beboere satte pris på min interesse for São Pedros historie og hverdagen der og jeg fikk god kontakt med noen av dem. Selv om jeg selv opplevde at mange etter hvert viste meg stor tillit, forble det et faktum at jeg ikke snakket rent portugisisk, var blant de få som hadde blå øyne og at jeg skulle reise hjem etter seks måneder. Jeg opplevde det derfor mest relevant og respektfullt å ikke gi inntrykk av at jeg skulle slå meg ned i bydelen eller ”bli en av dem”. Uansett hvor mye jeg ønsket å ”go native”, var nok også beskrivelsen koordinatoren på helsestasjonen gav av min tilstedeværelse betegnende. Hun beskrev meg som et riskorn i en bønnegryte.

Teoretisk utgangspunkt

Hva som betraktes som interessant informasjon og hvilke situasjoner jeg velger å betrakte som typiske, er i stor grad relatert til de teoretiske perspektiver jeg har valgt. For at leseren lettere skal kunne evaluere mine slutninger, ønsker jeg derfor å redegjøre for disse eksplisitt. Dette er også nødvendig fordi de problemstillingene som belyses kan være relevante i en rekke diskusjoner som ikke kommenteres eller bare berøres helt overfladisk. Noen vil kanskje savne diskusjoner som mer eksplisitt berører begreper som *utvikling* og *nasjonalstaten*, mens andre kan savne et klarere fokus på *medisinsk antropologi*, samtidig som andre igjen vil etterlyse perspektiver på *maktrelasjoner*.

Med en erkjennelse om at det ikke vil være mulig å dekke alle relevante perspektiver av de problemstillingene som berøres, har jeg valgt å sette det empiriske materialet og analysen inn i diskusjoner som kan sies å ta utgangspunkt i refleksjoner rundt forholdet mellom *tradisjon* og *modernitet*, som er kjente begreper også fra latinamerikansk antropologi (Roberts et. al 1989, Wolf & Hansen 1972). Jeg har valgt å ta utgangspunkt i disse begrepene fordi det kan hjelpe oss til å finne en teoretisk plattform som kan være nyttig i forhold til analysen av det empiriske materialet som presenteres i denne oppgaven.

Det tradisjonelle og det moderne i Brasil

I mange antropologiske studier av utviklingsprogram ser vi en tendens til å fokusere på hvordan lokale *tradisjoner* ikke bare er et hinder for ”rasjonell utvikling”, men at de til og med kan oppfattes som mer rasjonelle, gitt de verdier og prioriteringer en finner i den lokale sosiale kontekst som studeres (se Archetti 1986, van der Ploeg 1989, Hylland Eriksen 1990). Å skille mellom en lokal forståelse av omgivelsene, basert på kunnskap som har oppstått i en særskilt sosial kontekst, og en abstrakt oppfatning av samfunnet, basert på kosmopolitisk og universell kunnskap, har ofte vist seg å være nyttig. Vi skal også se at disse perspektivene med fordel kan anvendes i studiet fra São Pedro. Imidlertid viser det seg at bruken av disse perspektivene som polariserte dikotomier artikulert gjennom begrepsparet *tradisjon/modernitet*, av ulike årsaker kan være noe problematiske.

Geert A. Banck foretok flere studier i São Pedro på 1980-tallet (Banck 1986). I sine studier av politisk kultur i Espírito Santo, legger vi merke til et paradoks i beskrivelsene av São Pedro. På den ene siden oppsto bydelen i en tid da Brasil gikk gjennom store politiske og demografiske endringer. Migrasjon til byene og påfølgende bevissthet rundt spørsmål som berører borgerrettigheter og demokrati preget mye av de lokale aktivitetene i bydelen. Dette er betegnelser som kan forbindes med endring, utvikling og samtiden, eller det som kan beskrives som modernitet (se bl.a. Long & Acre 2000:4). På den andre siden viser Banck til

hvordan denne lokalpolitiske organiseringen har dype røtter i den katolske kirke og preges av mer eller mindre føydale strukturer. Videre peker han på at det er politiske partier som baserer seg på tradisjonelle patron-klient relasjoner som gjør størst suksess i São Pedro. Banck peker dermed på et metodologisk problem som også andre sosialantropologiske studier fra Brasil berører. Mens man på den ene siden kan finne klare indikasjoner på holdninger hos enkeltindivider og prosesser i samfunnet som kan betegnes som moderne, finner man samtidig tendenser til mer tradisjonelle koder for atferd og sosiale relasjoner. Dermed kan det virke noe forvirrende å skulle forsøke rette oppmerksomheten mot motsetninger innenfor merkelapper som ”moderne” og ”tradisjonell”.

Historikeren Marshal E. Eakin omtaler relasjonen mellom det ”tradisjonelle” og ”moderne” Brasil som to sammenhengende aspekter. Han hevder at

"[The] contrast [between modern and traditional society] has misled many to argue that two separate societies coexist in Brazil. In fact, what seems to be two dual societies are not. (Eakin 1998:7)

Eakin viser eksplisitt til at han henter dette perspektivet på brasilianske samfunn fra antropologen Roberto DaMatta. DaMatta, som har hatt stor innflytelse på moderne antropologisk og sosiologisk forskning i Brasil, hevder å hente inspirasjon fra Louis Dumont når han forsøker å finne ut hva det er som gjør Brasil ”brasiliansk” (Hess & DaMatta 1995:16f, DaMatta 1991:3). DaMatta følger tradisjonen i brasiliansk antropologi ved å rette oppmerksomheten mot den daglige erfaringen av synkretisme og sammenblanding av ulike ”verdener” mange erfarer i Brasil. Gilberto Freyre omtaler dette som den ”lusotropiske”³ sivilisasjon. Freyre er riktignok i ettertid blitt sterkt kritisert for å portrettere et idealisert og urealistisk bilde av landets ”racial democracy” (Eakin 1998:104), men anerkjennes for å

identifisere hvordan det brasilianske samfunnet er formet av og preges av synkretisme og sammenblanding. Det kan nok minne om både store ambisjoner og kanskje noe naivt å skulle finne en ekskluderende definisjon på hva som kjennetegner det store mangfoldet av brasilianske samfunn, men perspektivene som DaMatta presenterer kan hjelpe oss til å forstå noen av prosessene som beskrives i det empiriske materiale som presenteres her.

I denne avhandlingen vil to ulike perspektiver på individet i samfunnet danne mye av grunnlaget for å forstå relasjonen mellom helsevesenet og dets nominelle brukere i São Pedro. Som nevnt ovenfor kan en separasjon av disse perspektivene bidra til et ufullstendig eller direkte feilaktig bilde av sosiale relasjoner i brasilianske samfunn. Allikevel er det nødvendig å beskrive de ulike perspektivene eksplisitt før vi ser på hvordan de kan relateres til hverandre.

Hjemmet og gaten

På den ene siden kan vi betrakte individene gjennom et *holistisk perspektiv*. Her defineres aktørens sosiale status ut fra relasjoner og obligasjoner til andre enheter innenfor et tilskrevet hierarki. DaMatta kaller denne interaksjonssfæren *casa* (hjemmet) som symboliserer en måte å relatere til hverandre i et hierarki hvor kvaliteter som sosial klasse, familie, kjønn, rase og alder spiller avgjørende rolle for hvordan man skal forholde seg til hverandre. I dette perspektivet hvor personer defineres ut fra ens relasjon til andre aktører i hierarkiet blir anonymitet og likhet ofte vanskelig å oppnå, og moralske og legale koder kan appliseres ulikt avhengig av aktørens posisjon i hierarkiet. I denne sfæren kan relasjoner og koder for adferd oppleves forutsigbare og trygge ettersom ens relasjon til andre personer i stor grad er stabile og til en viss grad tydelig definert. Dette likner på det som Dumont beskriver som ”tradisjonelle” samfunn i India, sier DaMatta (1991:6), hvor helheten dominerer over dets

³ Blanding av portugisisk og tropisk. ”Luso” viser tilbake på den romerske betegnelsen av Portugal: Lusitania.

deler og personer i stor grad defineres i forhold til relasjoner de inngår i. Derfor velger DaMatta også begrepet *relational universe* for å tydeliggjøre koder for sosial adferd. Endring i sosiale relasjoner og sosial mobilitet er underordnet idealer om at alle bør holdes seg på sin tildelte plass, eller "every monkey on its branch", som han også uttrykker det (ibid.:33).

Samfunn som i prinsippet plasserer sine deler i en sammenhengende totalitet på denne måten blir av DaMatta betegnet som "tradisjonelle samfunn"⁴ (ibid.:12). Dette impliserer dermed det andre perspektivet jeg vil anvende, det *egalitære perspektivet*, som også blir tilskrevet en kvalitet ved "moderne" samfunn og videre en kvalitet ved vestlig individforståelse (Hess & DaMatta 1995:5). Her er individet autonomt og ideelt sett frigjort fra tilskrevne hierarkier. Alle er likestilte (*equal*) og defineres ut fra universelle beskrivelser av individenes rettigheter og plikter. Aktørene kan handle innenfor et mer anonymt verdiunivers hvor individets preferanser løsriver fra hierarkiske forventninger. DaMatta beskriver dette som gatens (*rua*) univers. *Rua* kan beskrives som et sted hvor sosiale hierarkier underkommuniseres og markedsplassens egalitære og individualistiske prinsipper får dominere. Friheten, anonymiteten og spenningen utspilles i en kontekst hvor aktørene betraktes som likeverdige individer med de samme muligheter til seier og nederlag. Likheten og mangelen på særegne restriksjoner tilpasset de ulike individene, kan også oppleves uforutsigbar og potensielt farlig sammenliknet med livet innenfor husets fire vegger. Her kan fattige og rike bli behandlet likt og kjønnsroller kan betraktes som irrelevante. Også her finner man hierarkier, men disse er i større grad basert på konkurranse hvor individets egen innsats, bruk av evner og hell bidrar til å definere ens posisjon.

Det er imidlertid relasjonen mellom disse to perspektivene på individet i samfunnet og

⁴ DaMatta diskuterer også begrepene "tradisjonell" og "moderne". Jeg finner det imidlertid ikke hensiktsmessig å bruke mye plass på diskutere disse begrepene spesielt her, men vil heller vise til bl.a. Dumont (1975) og Long & Acre (2000).

de påfølgende idealer om relasjoner, identitet, tilhørighet og moral som er interessant for oss. DaMatta viser til hvordan det ”moderne” i et samfunn som India blir inkorporert i en overskyggende ideologi som i det indiske samfunnet er av religiøs karakter. Han hevder videre at man i Brasil kan finne den samme tendensen til inkludering (*encompassment*) hvor en totalitet av det han kaller ”politisk-kulturell” eller ”symbolsk” karakter opptrer som en overskyggende dimensjon ved samfunnet. Som eksempel på dette viser han til et daglig rituale⁵ som han kaller ”*Do you know who you are talking to?!*” (DaMatta 1991).

Dette beskrives som en nesten daglig hendelse som de fleste brasilianere kjenner godt til, men som de også finner noe ubehagelig. Det mest illustrerende eksempelet han viser til, er hvordan kommunikasjon mellom en politimann og en trafikksynder kan foregå. I utgangspunktet er dette en situasjon hvor samfunnets egalitære prinsipper skal dominere interaksjonen. Politimannen er der som representant for myndighetene, og skal ideelt sett forholde seg til lovbryteren som en hvilken som helst statsborger. Idet politimannen gjør det klart at han har tenkt til å utføre sin plikt, kan imidlertid trafikksynderen spørre om ikke politimannen vet hvem han egentlig snakker med. Deretter viser han til sine kontakter med politimannens overordnede eller på en annen måte viser til hvordan han står over politimannen i et sosialt hierarki. Den offentlige tjenestemannen er dermed definert som en person i et sosialt hierarki hvor han ikke bare er underordnet sine sjefer, men også er far og ektemann som skal forsørge sin familie. Frykt for å miste jobben eller på annen måte møte sanksjoner fra trafikksynderens ”mektige” kontakter, gjør at han unnlater å utføre sin plikt. Dermed overskygges den egalitære situasjonen av en totalitet hvor kontakter og relasjoner er

⁵ Når DaMatta beskriver ritualer, begrenser han det ikke til rituelle eller definerte symbolske handlinger fordi han mener at å skille ut det kommunikative aspektet er umulig. Derfor kan enhver handling være både symbolsk og rituell, et perspektiv som kan synes å være inspirert fra bl.a. Edmund Leach. DaMatta hensviser imidlertid til Victor Turner når han vil han rette oppmerksomheten mot den *sosiale kontekst* ritualene henter sine uttrykk fra (DaMatta 1991:18f).

bestemmende for utfallet. Det som gjør dette mer spesielt for Brasil enn andre steder, er ikke at det ikke kan forekomme i samfunn som for eksempel USA, men at det skjer ofte og at det i stor grad aksepteres, hevder DaMatta (1995:10). I kapittel 4 og 5 vil jeg utdype dette nærmere og komme mer konkret inn på denne dynamikken hvor egalitære situasjoner omdefineres eller inkluderes i et samhandlingsmønster som kan synes å være dominert av mer hierarkiske eller relasjonelle koder for forventet atferd.

I det empiriske materialet som ligger til grunn for denne avhandlingen, kommer vi til å se nærmere på problemstillinger som kan ledes ut av DaMattas bruk av *hjemmet/casa* og *gaten/rua* som symboler på ulike univers for samhandling. Det er viktig å poengtere at verken DaMatta eller andre antropologer som benytter seg av hans perspektiver utelukkende fokuserer på hvordan relasjoner utnyttes til egen vinning for å omgå egalitære samhandlingskoder (slik eksempelet over kan gi inntrykk av). Lívia Neves de H. Barbosa har studert fenomenet *jeitinho* (en vanlig brasiliansk praksis hvor formelle regler bevisst brytes for å hjelpe en annen person ut av en vanskelig situasjon, se kapittel 6) og betrakter dette både som et fenomen som oppleves positivt, men som av mange brasilianere samtidig beskrives som en negativ kvalitet ved et samfunn (i Hess og DaMatta 1995).

I fortsettelsen av denne diskusjonen, kan det imidlertid være fruktbart å betrakte denne dynamikken i forhold til helsevesenet i Brasil og hvordan vi kan betrakte relasjonen mellom helsemyndigheter og lokalbefolkningen i São Pedro.

Helsevesenet

Et uttalt hovedmål for det offentlige helsevesenet i Brasil, og bakgrunnen for den helsereformen som her skal studeres, er å bedre den generelle helsetilstanden i befolkningen. I

seg selv kan denne målsetningen betraktes som et aspekt ved oppfattelsen av hva som kjennetegner et moderne samfunn. *Ministério da Saúde* (Helsedepartementet) velger å kommentere opprettelsen av *Conselho da saúde* (Helserådet) i 1948 ved å si at man hadde kommet til erkjennelsen av at ”Jo bedre befolkningens helse var, dess større ville landets økonomiske muligheter være”⁶. Som en konsekvens av denne målsetningen hvor befolkningens helse skal forbedres, vil jeg forsøke å belyse hvordan den konkrete reformen jeg henter det empiriske materiale fra på den ene siden er et prosjekt som har til hensikt å endre en del grunnleggende verdier og prioriteringer innad i helsevesenet. Utover dette skal vi se nærmere på hvordan denne reformen også har som målsetning å påvirke befolkningens oppfatninger av nasjonalstaten, borgerskap, demokrati og tilhørende oppfatninger rundt individets relasjon til storsamfunnet (se kapittel 3). Helsevesenet er i et slikt perspektiv i stor grad bygget opp etter *egalitære* prinsipper når det gjelder synet på pasienter og potensielle brukere. Dersom vi er enige med DaMatta, vil det imidlertid kunne være aktuelt å spørre om ikke *holistiske* idealer blir uttrykt i samhandlingen mellom helsemyndigheter og brukere. Det som imidlertid blir et springende utgangspunkt i helsevesenets relasjon til lokalbefolkningen blir hvordan disse to aktørene (helsevesenet og befolkningen) *erfarer* omgivelsene på ulike måter, noe som også kan implisere ulike strategier i møte med sykdom og lidelse. Hvordan disse ulike erfaringsverdene tydeliggjøres gjennom dyptgripende helsereformer og hvordan dette leder til konflikter eller samarbeid og hvordan ulike perspektiver på individet i samfunnet uttrykkes i en lokal kontekst, vil gå som en rød tråd gjennom hele avhandlingen.

⁶ Dagens *Conselho Nacional de Saúde* er et råd bestående av ulike aktører innen nasjonalt helsearbeid som skal føre kontroll med helsemyndighetenes aktiviteter (kilde: www.saude.gov.br).

Programa de Saúde da Família- familiehelseprogrammet

Programa de Saúde da Família (PSF) kan oversettes til "Familiehelseprogrammet".⁷ Det er dette programmet og implementeringen av det som denne avhandlingen kommer til å fokusere på. PSF er en del av det offentlige helsevesenet, *Sistema Único da Saúde* (SUS- "Det enhetlige helsesystemet") og er den siste store satsningen fra helsemyndighetenes side. På den tiden feltarbeidet ble utført var programmet ennå ikke tilgjengelig for brasilianere flest, men i São Pedro hadde man jobbet med det siden våren 1999. I denne bydelen involverer også storsatsingen de aller fleste beboerne. Her er det få som har råd til å betale for egen helseforsikring⁸, noe som gjør at de færreste kan benytte seg av mangfoldet av godt utbygde private helsetilbud en kan finne i Brasil. I følge det kommunale helsesekretariatet, *Secretaria Municipal da Saúde* (SEMUS), har kun 9% av beboerne i bydelen egen helseforsikring (mot 24,44% i Brasil under ett⁹) og myndighetene regner dem dermed som avhengige av det offentlige helsevesenet. Den store majoriteten av beboerne kan på denne måten betraktes som brukere av det offentlige helsetilbudet. I tillegg til dette kommer det faktum at mange av de som har egen helseforsikring benytter seg av billige avtaler med høye egenandeler og lave utbetalinger, og dermed allikevel ofte henvender seg til det offentlige helsetilbudet.¹⁰ PSF angår på denne måten mange av beboerne i São Pedro.

Nedenfor skal jeg kort presentere noen viktige trekk ved organiseringen av PSF slik at leseren kan få litt kjennskap til hvordan PSF administreres i São Pedro. Det er her viktig å påpeke at de fleste stedene i Brasil har befolkningen fremdeles svært dårlig tilgang på et tilfredsstillende offentlig helsevesen, og denne oppgaven beskriver i så måte en spesiell del av det offentlige helsevesenet i Brasil. Det er viktig å ha i minne at vi kommer til å bli kjent med

⁷ Se fotnote 11 om begrepet "familie", samt kapittel 6 (om Bolsa de alimentação).

⁸ I Brasil er det vanlig at de som har råd til det kjøper en egen helseforsikring, kalt *Plano de Saúde*.

⁹ Kilde: *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística* (IBGE) 1998

et program som det tross alt investeres mye i sammenliknet med andre helsetiltak i Brasil (se også Eakin s.114).

Helsestasjonen

Den sentrale enheten i PSF, er den lokale helsestasjonen. Det er den som fungerer som primærreferanse for brukerne av helsevesenet, og det er her man må henvende seg ved sykdom, med mindre det dreier seg om alvorlige tilfeller. Ved tilfeller som betraktes som alvorlige og akutte, kan pasientene henvende seg direkte til bydelens poliklinikk.

Helsestasjonen på sin side har ansvaret for å enten yte behandling på stedet, eller å henvise til et annet relevant nivå for behandling, det være seg poliklinikken, sykehus, spesialister eller andre behandlingsinstitusjoner. I følge PSFs intensjoner vil det være nødvendig med en henvisning fra medisinsk personell på en helsestasjon (lege eller sykepleier) for å få behandling på andre enheter i SUS. Helsestasjonen har også ansvar for utdeling av medisiner, utskriving av resepter, vaksiner og annen enklere sykdomsbehandling. I tillegg har de ansvar for å gi informasjon til befolkningen om helsevesenet, være med på å igangsette opprettelsen av lokale ”helsråd” og samle inn statistisk informasjon om demografiske, sosiale og økonomiske forhold i området. På helsestasjonen vi skal følge, var det også ansatt en psykolog og på to av de tre andre helsestasjonene i São Pedro fantes det også en tannlege og en sosialassistent.

Helseteam

Gjennom PSF legges det stor vekt på forebyggende arbeid og kjennskap til de ulike husholdenes sosiale profil. Derfor har helsestasjonen vi skal se nærmere på delt de 2243 husholdene i området de har ansvaret for, inn i tre mindre områder som hvert har sitt eget

¹⁰ Av de beboerne jeg traff i São Pedro med egen helseforsikring betalte alle mellom 25 og 50 *reais* pr. mnd..

”helseteam”. På ”vår” helsestasjon, besto disse teamene av én lege, én sykepleier, to eller tre hjelpepleiere og fire eller fem ”helsekontakter”. Disse sistnevnte ”helsekontaktene” (*Agente Comunitário de Saúde*), er som nevnt beboere i området som har fått spesielt ansvar for å være primærkontakt for beboere i sitt eget nabolag. De har ikke medisinsk utdanning, men det kreves fullført grunnskole og de skal ha gjennomgått et eget kurs for helsekontakter. Deres oppgave er å formidle informasjon og å fungere som kontakt mellom befolkningen og helsestasjonen. Det er også de som er ansvarlig for å registrere de data som helsemyndighetene krever av hvert hushold som er innbefattet av PSF. Jeg kommer tilbake til denne yrkesgruppen i et eget kapittel senere, men vil her bare påpeke at dette er en profesjon som skiller seg fra det øvrige helsepersonellet på helsestasjonen ettersom det er en forutsetning at de er lokale beboere.

De ulike helseteamene har altså ansvaret for sitt geografiske område. Dermed er hvert hushold registrert med en egen lege, egen sykepleier, hjelpepleiere og en helsekontakt. Hensikten er at det medisinske personellet dermed skal ha bedre forutsetninger for å kjenne pasientene og deres sosiale og økonomiske situasjon. Helseteamene foretar besøk i hjemmene når dette er nødvendig (pasienten er for syk til å komme på helsestasjonen), og hvert hushold skal etter intensjonene få besøk av en helsekontakt minst en gang i måneden. Det legges dermed stor vekt på at helsepersonellet ikke bare skal kjenne pasienten, men også den sosiale konteksten hun lever i. Ikke minst kan helsekontaktene fungere som nyttige rådgivere ettersom de selv bor i nabolaget.

Lokal deltakelse

Det bør til slutt nevnes at en viktig del av planleggingen, administrasjonen og utviklingen av den lokale helsepolitikken er tiltenkt å foregå gjennom kommunikasjon med representanter

Leger jeg snakket med fra mer velstående klasser betalte inntil 750 reals pr. mnd..

for beboerne i området. Det ble ofte avholdt orienteringsmøter hvor ledere for de lokale helsestasjonene etterlyste innspill fra interesseorganisasjoner, lokalpolitiske aktører og religiøse- og andre grupperinger som jobbet aktivt med sosial velferd i bydelen. Det ble også jobbet aktivt med opprettelsen av et lokalt "helsråd", hvor halvparten av medlemmene skulle være beboere i området. Dette rådet skal ha en rådgivende funksjon ovenfor myndighetene, samtidig som det er tiltenkt et visst ansvar ved utdeling av mat og andre nødvendigheter til vanskeligstilte hjem. Fordi de kjenner til de lokale forholdene, betraktes et slikt råd bestående av representanter for de lokale myndighetene, profesjonelle helsearbeidere og lekfolk, som et kompetent redskap til å fordele ressurser og til å formidle særskilte lokale problemstillinger. Hensikten er å unngå at beslutninger tas på sentralt nivå uten at man egentlig kjenner til de lokale behovene. I den perioden jeg foretok feltarbeidet, ble det gjort flere forsøk på å opprette et slikt råd. Det var imidlertid et problem at det aldri møtte opp nok beboere (6 stk.) til å konstituere et råd. Først en måned etter at jeg hadde reist tilbake til Norge lyktes det koordinatoren på helsestasjonen å opprette et lokalt helsråd for den helsestasjonen vi skal følge i denne oppgaven.

Å leve i São Pedro

Selv om fokuset for denne avhandlingen er implementeringen av en helsereform, handler den dypest sett om livet i en bydel. Fordi det er en helsereform som griper dypt inn i menneskenes hverdagsliv, blir det relevant å studere hvilket hverdagsliv dette dreier seg om.

Gjennom helsevesenets interaksjon med befolkningen i São Pedro kan man studere interaksjon mellom ulike idealer for sosial atferd slik det illustreres gjennom begrepene *hjemmet/casa* og *gaten/rua*. Helsevesenets egalitære prinsipper blir implementert i et samfunn som i større grad handler etter idealer som betrakter individer i et holistisk perspektiv. Ikke bare opererer ulike aktører med ulike forestillinger om individets rolle i samfunnet, men det

kan også sies at de bygger sine kunnskaper om hvordan helsevesenet fungerer på ulike typer erfaring. Det blir derfor en utfordring for denne oppgaven å ikke bare belyse de potensielle konfliktene som ligger i ulike oppfatninger av den sosiale konteksten helsereformen implementeres i, men også å rette oppmerksomheten mot hvordan denne motsetningen mestres. Fordi det er nettopp denne evnen til å kombinere, den latinamerikanske synkretisme, som kjennetegner Brasil slik Freyre, DaMatta og andre antropologer beskriver det. Denne avhandlingen kan dermed betraktes som et bidrag i denne diskusjonen hvor motstridende idealer og doble sett av forventninger ikke betraktes som potensielt forstyrrende, men snarere utgjør en normalitet. Kan man kanskje si at det danner grunnlag for forståelse av hva det vil si å leve i São Pedro, et samfunn som likner mye på det vi også kan finne mange andre steder i Brasil?

1 São Pedro

Squatters and politicians, popular planning initiatives and state planning directives, all have contributed to the shaping of São Pedro as a new urban landscape of Vitória.

Geert A. Banck (1986)

São Pedro ligger helt nord på øya som utgjør byen Vitória, hovedstaden i staten Espírito Santo. Den ligger fysisk avskjermet fra resten av byen med mangroveskog og hav i nord og øst, bratte ubebygde åser i sør og en lang mur som skiller bydelen fra FAESA (Faculdade Espiritosanense de Administração), et fakultet for høyere utdanning på vestsiden. I følge *Secretaria Municipal de Saúde* (SEMUS), bodde det i august 2001 31.688 mennesker i São Pedro, fordelt på 8.082 hushold¹¹. Med de små husene i rød murstein tilsynelatende skjødesløst sammenføyet med sement minner stedet om en tradisjonell *favela* (shantytown) som er typisk for områder rundt urbane sentra i hele Latin-Amerika. São Pedro tillegges også ofte de samme egenskaper og kjennetegn som en finner i mange *favelas* i Brasil hvor det fokuseres på vold, kriminalitet, arbeidsløshet og fattigdom. Det er imidlertid flere trekk ved São Pedro som ikke helt stemmer med en tradisjonell oppfatning av Brasils urbane slumområder. Riktignok er São Pedro, som vi skal se, en del av historien om den urbane eksplosjonen i Latin-Amerika med de sosiale endringer og utfordringer dette har ført med seg. På den andre siden er det vanskelig å unngå å legge merke til at de fleste husene har innlagt vann og elektrisitet, de fleste gatene er brolagt og en finner en rekke butikker, apoteker og restauranter i bydelen. Når man kjører gjennom bydelens hovedgate, passerer man en av de fire helsestasjonene i området, en stor og ny poliklinikk, en politistasjon, et postkontor og en

¹¹ Der SEMUS bruker betegnelsen "familie", har jeg valgt å snakke om "hushold". Det viste seg at SEMUS betraktet alle som bodde i samme hushold som medlemmer av samme familie, noe som ikke alltid var tilfelle. Se også diskusjon s. 120.

bank. I dette kapitlet vil jeg forsøke å legge vekt på hvordan endringene i bydelen de siste tretti årene ikke bare er et resultat av byplanleggenes initiativer og visjoner. Beboerne må ikke betraktes som passive ”mottakere” av myndighetenes velferdsgoder, men heller som aktivt handlende individer med til dels definerte målsetninger og påfølgende strategier for å nå disse.

Historisk bakgrunn

Som en del av en utgivelse av ulike hefter som skal beskrive de forskjellige bydelene i Vitória, utgav *Secretária Municipal de Cultura* (’Det kommunale kultursekretariatet’) i november 2001 et hefte om São Pedro. Heftet ble lansert med høytidelig markering på en av restaurantene på *Ilha das Caieiras*, hvor den ble presentert som en ”bok” om São Pedro. Mottakelsen var imidlertid noe blandet. Ikke bare var heftet mer kortfattet enn de fleste hadde forventet, men mange hevdet at den ikke fortalte historien om bydelen. En av informantene mine beskrev den som ”bare en hvilken som helst dokumentar” og en annen som hadde bodd i området siden 1977 sa at han ikke var enig i alt som sto der. Det kom imidlertid fram at den første ikke hadde lest heftet før hun uttalte seg, og den andre var analfabet. Bakgrunnen for uttalelsene kan tolkes i mange retninger. Det kan være at de ville at historien burde vært lenger, kanskje de mente at myndighetene ikke er de rette til å fortelle den eller de hadde ikke selv fått fortelle om sine opplevelser gjennom 24 år i São Pedro gjennom en liknende publikasjon. Uansett vitner det om at historien til São Pedro er vanskelig å gjenfortelle fordi det later til at det her kan fortelles mange historier. Min del av historien om hvordan São Pedro er blitt som det er i dag vil legge vekt på hvordan forandringen fra mangroveskog til en levende bydel må ses på som en prosess som har oppstått ved hjelp av initiativer og målrettede tiltak både fra lokalbefolkningen og fra myndighetene. Denne avhandlingen kommer til å dreie seg mye om nettopp denne utviklingen hvor myndighetene tar initiativet til

modernisering av et ”fattig” samfunn, samtidig som beboerne i bydelen forsøker å skape seg en akseptabel tilværelse, men kanskje ut fra verdier og idealer som ikke alltid er sammenfallende med de som vektlegges gjennom myndighetenes prosjekter.

Migrasjon

På 1970-tallet gjennomgikk Brasil og Espírito Santo store demografiske endringer hvor befolkningen migrerte til byene. Geert Banck forteller hvordan mange på landsbygda i Espírito Santo og nabostatene Bahía, Minas Gerais og Rio de Janeiro søkte inn til Vitória i håp om å finne arbeid i forbindelse med byggingen av et enormt smelteverk (*Companhia Siderúrgica do Tubarão*) og en av Latin-Amerikas største havner (Banck 1986). I løpet av perioden 1960-1980 gikk andelen av Espírito Santos rurale befolkning ned fra 64,9% til 34,08% (Calbari 1997) for så ha flatet ut de siste to tiårene. Ryktene om arbeid, spesielt innen byggebransjen, gjorde at mange fortsatte å komme selv etter at flere av prosjektene var ferdig eller strandet på grunn av den dype økonomiske krisen Brasil gjennomgikk på begynnelsen av 80-tallet. Allerede på midten av 1970-tallet begynte de demografiske endringene å føre til høye boligpriser i Vitória og tilgangen på land ble dramatisk mindre (Banck 1986, Andreatta 1987:12). Denne prosessen ble forsterket da en rekke ufaglærte bygningsarbeidere ble arbeidsløse som konsekvens av ferdigstillingen av de største prosjektene. De færreste reiste tilbake til landsbygda og søkte etter sted å bo i byen. Følgene ble at mange bygde seg boliger der de kunne oppdrive ledige områder med resultat at det oppsto slumområder og *favelas*, som en konsekvens av til tider tilfeldig okkupasjon av landområder. Dette har gjort at profesjonelle

okkupanter som spekulerer i ervervelse av eiendom¹² i tillegg til andre som er på utkikk etter

¹² Jfr. *Código Civil art. 508* kunne personer som tok i bruk områder som lå brakk og tilførte det forbedringer (*benefeitoras*) etter ett år og en dag sammenhengende ”okkupasjon” ikke flyttes uten rettslig godkjenning. Etter ytterligere fire år med sammenhengende og ubestridt okkupasjon, kunne området gjennom formelle

godkjenningprosesser betraktes som beboerens/okkupantens legale eiendom (*Código Civil art. 495*). Mange utnyttet denne loven og opptrådte som ”profesjonelle jordokkupanter”. Se også Geert Banck 1986

husly, har bidratt til en aktiv oppbygging av *favelas* i og rundt Vitória og andre storbyer i Brasil. Disse demografiske prosessene er også med på å danne bakgrunnen for framveksten av São Pedro som etter hvert fremstår som en integrert bydel i Vitória.

”Aqui, tudo era mangue”

Den spontane bosettingen (også ofte referert til som ”invasjon”) i mangroveskogområdene på nordsiden av byen, et område som mange av nykommerne betraktet som områder som lå brakk (se fotnote 12), skilte seg imidlertid fra andre *favelas* ved å være mer enn tilfeldig og planløs okkupasjon. Bølger av mer eller mindre bevisste og planlagte invasjoner av mangroveskogen og de omkringliggende åssidene pågikk fram til begynnelsen av 1980-tallet. Planleggingen gikk ut på å dele området som ble okkupert inn i forestilte tomter som ble



Brakkene ble bygget med tolv meter brede ”gater” mellom de nye boligene.(foto:Rogério Medeiros)

avsatt til ulike formål og opprettelse av tolv meter brede ”gater” mellom *barracos* (brakker) som ble bygget på stolper ute i vannet. Dette la forholdene godt til rette for framtidig installasjon av kloakk og elektrisitet, utbygging av gater og det ble lagt planer for

lokalisering av skoler, kirker og friområder. Inspirasjonen fra sosiale og politiske bevegelser i Brasils gryende reorientering mot et demokratisk samfunn gav næring til de fattiges kamp for *moratoria-* ’retten til å bo’. Okkupasjonen av nye områder gikk i bølger og noen av dem var godt planlagte, både i forhold til tidspunkt for erobringen, hvilke områder som ble invadert og hvordan ”okkupantene” delte inn området i regulerte tomter. Andre foregikk mer spontant og tilfeldig, hvor organisering av de erobrede områdene ble mer eller mindre gjennomført i etterkant (med eller uten myndighetenes innblanding), men ikke uten betydelige konflikter

erobrerne imellom. Allikevel kan man si at de stort sett opererte innenfor felles ideologiske rammer hvor man hevdet at rettighet til tak over hodet måtte betraktes som en menneskerettighet. For jordokkupantene var dermed deres handlinger moralsk forsvarlig i tillegg til at enkelte beskrev det som tvingende nødvendig for å overleve (Banck 1986).

I dagens São Pedro fortelles det også historier om denne tiden fram til midten av 80-tallet som *época da luta*- 'epoken med kamp'. Spesielt for mange av de som har bodd der over lengre tid er denne tiden viktig når de snakker om São Pedro som sted og hvordan det er å leve der i dag. På spørsmål om hvordan livet er i São Pedro, ble svaret ofte innledet med; *Aqui tudo era mangue[zal]*- "Alt her var mangrove(skog)" for så å gå over i en beretning om folkets kamp for å skape seg et eget sted å bo. Mange av de som bidro til å skape dagens São Pedro var aktivt handlende individer som på ulike måter ville bedre sin hverdag og dermed måtte kjempe mot en rekke ulike forhold som truet med forverring, ødeleggelse og i verste fall død. Det var en kamp for å få lov til å eksistere, en kamp mot de politiske, sosiale og økologiske omgivelser.

Det er viktig å være klar over denne oppfatningen om at São Pedro er blitt til det vi ser i dag på grunn av folkets standhaftighet og vilje til å kjempe for det som man oppfatter som sine rettigheter. Til tross for dagens statistikker som vitner om fattigdom og høy kriminalitet¹³ skaper disse fortellingene en klar bevissthet om hvordan de store endringene i bydelen de siste årene først og fremst har skjedd på grunn av befolkningens *luta* (kamp).

Ideologisk bevisstgjøring

For det meste besto befolkningen i São Pedro av mennesker med lav eller ingen utdannelse, og jeg er usikker på i hvilken grad de i utgangspunktet var kjent med politiske og sosiale

¹³ I 2000 hadde 27,4 % av alle dødsfall i São Pedro "eksterne årsaker" (ulykker, fall, drap), hvorav 67,5% var drap. (Kilde: SEMUS/ Prefeitura Municipal de Vitória)

bevegelser som fokuserte på ideologiske forestillinger som demokrati og rettigheter og på dette grunnlaget opponerte mot militærdiktaturet i Brasil. I ettertid kan det late til at denne bevisstheten i stor grad ble artikulert gjennom et ideologisk bevisst ektepar, Graça Andreatta og Rui Coelho, med erfaring fra politisk opposisjonsarbeid i Rio de Janeiro og sterke bånd til den katolske kirke (Banck 1986, Andreatta 1987:22). Paret flyttet egentlig til Vitória for å ta seg av hennes foreldre (Andreatta 1987:11f.). Boligproblemene og et ønske om å delta i demokratiseringsprosesser på lokalt nivå, gjorde at de vendte blikket mot området i nærheten av den ubebygde mangroveskogen. Snart flyttet de dit og kom til å bidra aktivt med ideologisk, sosialt og praktisk arbeid blant befolkningen gjennom flere år (ibid.). Banck beskriver ekteparets engasjement i området som motivert ut fra solidaritet med Brasils fattigste og man kan si at de drev et forholdsvis målrettet sosialt og politisk arbeid og bidro til å planlegge og organisere allerede den første store invasjonen av området fra februar 1977 (Banck 1986). I tillegg til planlagt regulering av de erobrede områdene, organiserte de egne menneskerettighetsgrupper, lokale råd som tok seg av fordeling av områder mellom beboere, var med på å grunnlegge sosialt arbeid gjennom den katolske kirke; *Comunidade Eclesial de Base* (CEB), lokallag av *Partido dos Trabalhadores* (PT)¹⁴ og bidro til at studiesirkler av ulike typer også ble opprettet for å bevisstgjøre befolkningen om ideer om menneskerettigheter, demokratiske prinsipper og katolsk frigjøringssteologi.

Da Rui og Graça ble skilt tidlig på 90-tallet, flyttet de begge fra området.¹⁵ Selv om de ikke var de eneste beboerne som engasjerte seg i den sosiale utviklingen av São Pedro, bidro imidlertid ekteparet sterkt til utformingen av området og inngår ofte i ulike historier om fortiden i São Pedro. Som typiske bærere av ideer tilknyttet sosiale og politiske bevegelser på

¹⁴ PT er Brasils største sosialistiske parti og ble stiftet på 1970-tallet. Etter valget i 2002 ble partiets leder Luíz Inácio "Lula" da Silva president i landet.

¹⁵ Graça reiste til Ouro Preto i Minas Gerais etter at det ble klart at hun hadde mistet mye av støtten for sine politiske framstøt både i lokalsamfunnet og i partiorganisasjonen i PT. Det fortelles at hun reiste fra São Pedro

70- og 80-tallet i Brasil illustrerer de tydelig hvordan *o povo* (folket) har vært særdeles viktige og aktive aktører for å skape bydelen som urbant rom, en offentlig anerkjent del av hovedstaden Vitória. Det er imidlertid vanskelig å si noe konkret om i hvilken grad ideologisk bevissthet kan sies å ha vært viktig blant den allmenne beboer i São Pedro. Det kan være interessant å stille spørsmål til om denne bevisstgjøringen kan skilles fra en generell streben etter "self improvement" (Scheper-Hughes 1992:48), og hvorvidt drømmen om et bedre samfunn stakk dypere enn interesser om personlig vinning.

I alle tilfelle ser vi at den overordnede ideologiske retorikken kan ha fungert som en mulighet for beboerne til å organisere seg og skape et visst press på myndighetene for å få tilgang til bedre levevilkår. Fokuset på hvordan befolkningen har deltatt i utviklingen av bydelen er også en viktig del av de dominerende fortellingene om hvordan bydelen er blitt som den er i dag. Bydelens historie synliggjøres også gjennom de offisielle navnene på områder i bydelen som *Resistência* ('Motstand'), *Conquista* ('Erobring') og *Nova Palestina* ('Ny Palestina'). Mange gater bærer også navn med referanse til viktige lokale hendelser som for eksempel *Rua de 4 setembro* ('4. september gaten') som er datoen bydelen ble offentlig anerkjent som en del av Vitória. Andre gater er oppkalt etter personer som markerte seg og som døde i kampen for å få et sted å bo, mens helsestasjonen vi skal følge ligger i *Rua da Coragem*, 'Motets gate'.

Selv om *a luta* ofte er blitt artikulert som kampen *mot* storsamfunnet, vil jeg i likhet med Matthew C. Gutmann som har utført feltarbeid i en liknende bydel i Mexico City, spørre om det ikke like gjerne dreier seg om en kamp for å *bli en del av* storsamfunnet (Gutmann 1996:43). På denne måten kan det også beskrives som en kamp for å unngå marginalisering og for å oppnå akseptasjon i storsamfunnet.

som en bitter kvinne som opplevde at hennes innsats for befolkningen ikke ble satt pris på. Rui er fremdeles aktiv lokalpolitiker i småbyen São Francisco i Espírito Santo.

For oss danner denne delen av bydelens historie en interessant bakgrunn når vi skal følge myndighetenes innsats for å bedre beboernes livskvalitet. Med bakgrunn i fortellinger om hvordan de forbedringer som er tilført er et resultat av beboernes utrettelige kamp, kan man til en viss grad spore en skepsis til at myndighetene virkelig forstår hva beboerne har behov for og en skepsis til om de virkelig ønsker å hjelpe dem. Samtidig tydeliggjør dette hvordan myndighetenes initiativer i bydelen relateres til en sosial kontekst, hvor beboerne har sine kollektive eller individuelt opplevde behov og målsetninger.

”Urbanisering”

Selv om det i den første tiden ofte hendte at myndighetene og politiet brente ned brakker ved invasjon av nye områder, og flere beboere ble drept i disse konfrontasjonene, (Almeida 1983, Andreatta 1987) kan man i et større perspektiv spore en utvikling hvor myndighetene gikk over til å tillate bosetningene for senere å ta brorparten av ansvaret for, og initiativet til, utviklingen av bydelen. Denne prosessen hvor man knytter bydelen til byens øvrige infrastruktur, oppretter skoler og helsestasjoner og legger forholdene til rette for et selvstendig næringsliv, blir av myndighetene kalt *urbanização* (urbanisering). I vår sammenheng blir det spesielt viktig å vie myndighetenes innsats i São Pedro noe oppmerksomhet, fordi selve den helsereformen som denne avhandlingen omhandler er en del av denne innsatsen fra det offentlige for å bedre leveforholdene i bydelen.

Allerede høsten 1977 gav guvernøren i Espírito Santo løfter om at bosetningene i de nylig okkuperte områdene i det som i dag er São Pedro skulle legaliseres. Mange av kravene om tilgang til elektrisitet, kloaknett, skoler og helsestasjoner fra ulike sosiale og politiske grupperinger i bydelen ble etterkommet og flere større prosjekter ble gjennomført på 1980-tallet. Fra føderalt hold ble det tilført store ressurser som ble brukt til å fylle igjen deler av mangroveskogen med avfall og sand slik at disse områdene ble tilgjengelig for permanent bosetning og tilførsel av rent vann og elektrisitet. Det ble også bygd skoler og gitt støtte til

drift av helsestasjoner i bydelen. I denne prosessen baserte myndighetene seg også mye på samarbeid med representanter for lokalsamfunnet for å kunne ta hensyn til den planleggingen av området som allerede var utført av beboerne under selve okkupasjonene.



I dag er mangroveskogen fylt igjen og gatene er brolagt.

Selv om disse prosjektene ble finansiert av myndighetene og administrert i samarbeid med lokalbefolkningen, er de av både beboere og dagens myndigheter blitt betegnet som kortsiktige prosjekter som manglet et helhetlig og langsiktig perspektiv. Geert Banck viser til at motivasjonen fra

myndighetenes side kunne variere fra oppriktig bekymring for befolkningens situasjon til kalkulerende beregning for å oppnå politisk støtte (Banck 1986). I sin selvbiografi forteller også Graça Andreatta at myndighetene brukte lang tid på å få gjennomført de løftene de gav og hun mistenker derfor at ”de fattige” ble brukt som brikker i et politisk spill, hvor sanking av stemmer var det overordnede politiske motiv (Andreatta 1987:20).

Jeg skal ikke forfølge disse spekulasjonene videre, men heller konstantere at det fra 1988 ble satt i gang en bredere og mer langsiktig innsats for å bedre livskvaliteten til innbyggerne i São Pedro. Denne mer helhetlige satsingen er blitt kjent som *Projeto São Pedro* (Prosjekt São Pedro), hvor viktige målsetninger i forhold til bruksregulering av området, bedre boforhold for innbyggerne og bevaring av det sårbare økosystemet i mangroveskogen ble definert. I 1993 ble denne målsetningen konkretisert ved å samordne arbeidet mellom de kommunale etatene for utdanning, helse, kultur, borgerrettigheter og miljøvern. Arbeidet som disse etatene utførte i São Pedro skulle dessuten gjennomføres i samarbeid med lokalbefolkningen i São Pedro, slik man hadde gjort tidligere. I de følgende to årene investerte offentlige myndigheter til sammen 40 millioner US\$ i bydelen hvor rundt 2,5

millioner gikk direkte til investering i lokale helsestasjoner. Den helsestasjonen som danner empirisk utgangspunkt for denne avhandlingen, ble bygget i denne perioden hvor store summer ble investert i bydelen.

Med bakgrunn i situasjonen i mange andre *favelas* i Brasil og Espírito Santo, finner vi at myndighetene ofte karakteriserer den utviklingen som har vært i byen som vellykket i forhold til de intensjoner som ligger bak investeringene det offentlige har gjort. Integreringen av arbeidet mellom flere etater, samarbeidet med befolkningen og langsiktig planlegging beskrives av de lokale myndighetene som en av de viktigste årsakene til at utviklingen av São Pedro er blitt en "suksess". (Soares/BNDES 1998)

Om befolkningen og myndighetene

Vi kan dermed betrakte utviklingen i São Pedro i flere perspektiver. På den ene siden kan man se på endringene som et generelt trekk ved sosial, økonomisk og politisk endring i Brasil og en større prosess av urbanisering og framvekst av *favelas*. Innenfor denne konteksten ser vi at både befolkningen og myndigheter er aktive i en prosess hvor bydeler formes, samtidig som det kan ligge ulike motiver bak for deltagelsen i denne utformingen. Myndighetenes politikk fikk også konsekvenser for São Pedros utvikling ved at det ble gitt løfter om utvikling av området slik at det ble tilknyttet den urbane infrastrukturen i Vitória. Imidlertid tok det lang tid før løfter om nødvendige tiltak ble innfridd. Kampen som befolkningen kjempet dreide seg derfor som sagt også om at myndighetene ikke skulle løpe fra sine løfter og bare bruke de fattige som brikker i et politisk spill. På den ene siden kan man betrakte den innsatsen som er gjort fra myndighetenes side som en storsatsning for å løfte befolkningen ut av ekstrem fattigdom. På den andre siden er det mange beboere som hevder at disse midlene ble frigjort fordi beboerne kjempet for å få disse midlene. Organisering i politiske og religiøse grupper som øvet press mot myndighetene, demonstrasjoner utenfor guvernørens palass og planlagte invasjoner av områder, er med på å skape en opplevelse av at det er beboerne selv som har

skapt bydelen. En av mine hovedinformanter som var sterkt politisk engasjert på 80-tallet fortalte at helsestasjonene, butikkene, politistasjonen, banken og postkontoret var et resultat av beboernes kamp og ikke myndighetenes innsats.

Det er også i dette spenningsfeltet helsevesenet i São Pedro opererer. På den ene siden er det et prosjekt som myndighetene har tatt initiativet til, som en del av det de betrakter som utvikling av São Pedro og inkludert i dette ligger det fra myndighetenes side en forventning om at beboerne skal delta i utformingen av helsevesenet. I utgangspunktet kan dette gi et inntrykk av å korrespondere med en søken etter et bedre liv med større grad av forutsigbarhet og bedre tilgang til ulike ressurser, noe som mange beboere i bydelen både ønsker og til dels krever. I tillegg forsøker man å ta høyde for lokalbefolkningens behov og særskilte problemstillinger.

I lys av denne historiske presentasjonen kan det også late til at São Pedro er et egnet sted for å implementere PSF. Befolkningen har deltatt aktivt i utforming av bydelen, samtidig som myndighetene har mye erfaring fra andre ”prosjekter” i området. Som vi skal se vil jeg imidlertid stille spørsmål til om ikke helsevesenet allikevel preges av en grunnleggende forventning om at beboere i bydelen også skal akseptere idealer og verdier som ikke uten videre aksepteres, ettersom det ikke korresponderer med idealer og verdier beboerne selv må forholde seg til i hverdagen. Jeg vil spørre om ikke denne implisitte forventningen om akseptasjon av visse idealer og verdier også bidrar til at helsemyndighetenes aktiviteter i området inkluderes i en til dels uartikulert opposisjon mellom beboere og myndigheter. På den ene siden er befolkningens oppfatninger om hvordan opplevelsen av visse behov skal bli møtt samtidig som myndighetene på den andre siden opererer med til dels divergerende strategier både for å definere og for å møte beboernes behov.

São Pedro i dag

Som nevnt flere ganger har altså São Pedro vokst fram gjennom en prosess hvor beboerne har vært aktive i utformingen av sitt eget urbane rom og hvor myndighetene har påvirket og lagt til rette for utvikling både gjennom planlegging og ved til dels betydelig økonomisk støtte.

Dette har resultert i at mange ikke lenger vil bruke begrepet *favela* om stedet. I dag er søppelplassen erstattet av et resirkuleringsanlegg (*Usina de Lixo de Vitória*) i utkanten av São Pedro, bygd og innviet i 1990. Prosjekter og støtte fra føderalt hold har ført til at store områder er fylt igjen med sand hentet opp fra havet rett utenfor bydelen i tillegg til avfallet. *Prefeitura* koordinerer flere prosjekter i området og alle ledige tomter er bruksregulert.

Mangroveskogen som er unik i økologisk sammenheng er fredet og ingen forsøker lenger å hugge ned trær der for å bygge hus og Paven var på besøk i 1991 og velsignet bydelen både åndelig og materielt. Som en kvinne uttrykte det i samtale med min kone; ”Vitória har ikke noen *favelas* lenger”.

Kampen

O povo não quer lutar mais.

Folket vil ikke kjempe mer

Gabriel

Eu sempre luto.

Jeg kjemper alltid

Ieda

Utsagnene over beskriver to forståelser av begrepet ”å kjempe” (*lutar*) jeg møtte i São Pedro i 2001, 24 år etter de første beboerne bygde sine brakker i området. Det ene utsagnet er lokalpolitikeren Gabriel som klager over at folket ikke lenger ønsker å kjempe. Det andre er et utsagn jeg møtte mange ganger hvor frustrasjonen oppsummeres i at livet i São Pedro er en kamp. Tilsynelatende kan det virke som to ulike og til dels motstridende utsagn, men jeg vil forsøke å vise at begge utsagnene kan beskrive godt hvordan livet i dagens São Pedro kan

betraktes. La oss først se hvordan vi kan betrakte beklagelsen over at folket ikke vil kjempe lenger.

Gabriel var en av de mest profilerte lederne av *movimento comunitário*¹⁶ i den delen av São Pedro jeg utførte feltarbeidet og var ofte å se når han syklet rundt i São Pedro i sin kamp for å forbedre borgernes liv og sikre deres tilgang på lovbestemte rettigheter. Han var alltid å se på møter som ble holdt når representanter for bydelsadministrasjonen var tilstede, og var også representant i byens helseråd (*Conselho de Saúde Municipal*). Han brukte mye tid på å besøke folk og oppmuntre dem til å delta i utviklingen av samfunnet og å være det han kalte bevisste borgere. Han sto i bresjen for en spontan demonstrasjon mot *Secretário de Saúde*¹⁷ utenfor poliklinikken og jeg registrerte at han ofte hadde mye på hjertet i samtale med helsestasjonens koordinator. Grunnen til at det kan være interessant å stoppe opp ved Gabriel er ikke at han kan sies å være representativ for dagens beboere i São Pedro. Tvert imot er det hans annerledeshet som kan hjelpe oss å si noe om bydelen slik jeg møtte den. I en samtale jeg hadde med ham, beskrev han seg selv som *um pouco polêmico*, 'en smule kontroversiell', og viste til sin ustoppelige innsats for å forbedre levevilkårene i São Pedro. Han opplevde imidlertid at han sto sammen med ganske få i denne kampen. Han mente at det var mange ting som måtte forbedres, og at det fantes penger hos myndighetene til dette. Problemet var derimot at disse pengene ikke ville komme dersom man ikke kjempet og hevdet sin rett. Folk er fornøyde med at det ikke er så ille som i Vila Velha eller andre deler i Brasil, sukket han.

Det later til at det sosiale engasjementet slik det beskrives av Geert Banck og Graça Andreatta ikke på langt nær er like aktivt og omfattende i dag som det var på begynnelsen av

¹⁶ *Movimento comunitário* (eng.: "community movement") har som mål å øve politisk press for å bedre livsvilkårene i bydelen.

¹⁷ Helsesekretæren i Vitória.

1980-tallet. São Pedro er også blitt noe annet enn det var tidligere. Behovene er ikke like prekære som tidligere da sanitærforholdene var elendige og sykdommer og sult krevde mange menneskeliv. En tidligere president for *movimento comunitário* fortalte ved en anledning at man før kunne gå med en høyttaler gjennom nabolaget og annonsere et møte om kvelden og det ville komme flere hundre, flere enn man hadde plass til. I dag er det ikke så mye å kjempe for. Dersom man sammenkaller til møter er man heldige om noen møter opp, hevdet hun. Koordinatoren på helsestasjonen som i flere måneder forsøkte å nedsette et lokalt helseråd (*Conselho de Saúde Local*) klaget over at folk var mer opptatt av å se på såpeoperaer enn å delta i utformingen av helsevesenet. På mange måter kan vi forstå Gabriels utsagn om at folket i São Pedro ikke kjemper lenger. Engasjementet fra 70- og 80-tallet tilhører ofte beretningene om fortiden og hvordan bydelen har vært, eller kunne vært.

På den andre siden kan man allikevel se hvordan de fleste kjemper i sitt daglige liv. Her er vi over i den andre måten vi kan forstå begrepet *luta*, slik vi også kjenner det fra andre beskrivelser fra brasilianske samfunn (Scheper-Hughes 1992). En vedvarende kamp mot omstendighetene som truer med forringelse av livskvalitet, en beskrivelse av en uforutsigbar og vanskelig tilværelse. Der hvor Gabriel etterlyser en felles kamp for å oppnå offentlige midler, en kamp som kanskje kan sies å henge sammen med en abstrakt forståelse av mennesket og dets rettigheter, beveger vi oss over i en beskrivelse som i større grad hviler på en daglig erfaring. Her er det problemer i ekteskapet, arbeidsløshet, vold i hjemmet, alkoholisme, fattigdom, sykdom og andre daglige erfaringer mennesker i São Pedro gjør seg. Jeg vil betegne denne forståelsen av *luta* som en streben etter å oppnå følelse av kontroll over egen hverdag.

Ieda har bodd i området siden slutten av 1970-tallet, og kom dit som liten pike sammen med foreldrene sine. Hun har polio, noe som har resultert i et forvridd bein og sterk

haltende gange. Ieda har problemer med å finne en fast jobb og viste til sitt handikap og mangel på utdannelse som gjorde at ingen ville ansette henne. Hun har tre barn og Marcelo på tre år har alvorlige nyreproblemer, noe som krever at hun må kjøpe medisiner for rundt 20 *reais* hver måned.¹⁸ I tillegg er han avhengig av et spesielt kosthold som hun fortalte at hun ikke hadde råd til å følge. Når Ieda snakket med meg om *luta*, var det ikke snakk om borgerrettigheter eller ideologiske tanker om solidaritet og opposisjon mot myndighetene. Hun strevde for å få tak i penger til medisiner og mat til sønnen, hun strevde for å få tak i en jobb og hun kjempet for å holde en voldelig ektemann¹⁹ på tilstrekkelig avstand. Iedas *luta* var av mer umiddelbar karakter og fokuset hennes var på opprettholdelse av eget hushold. Det var allikevel ikke mindre stolthet i hennes *luta* enn Gabriels mer politisk orienterte kamp. Hun viste til at hun hadde et murhus (ikke *barraco*), stereoanlegg og tilgang til rent drikkevann til tross for hennes dårlige utgangspunkt. Det var også med dempet stemme og forakt hun snakket om en nabokvinne som hun mente var lat og manglet vilje til å kjempe for å bedre hverdagen.²⁰ Iedas kroniske økonomiske problemer gjorde at hun ofte prioriterte bort nødvendigheter som medisiner til sønnen slik at hun kunne få tak i nok mat. Én gang hevdet hun at sønnen ikke trengte medisiner fordi Gud ville helbrede ham, og mente at blodprøvene hans viste feil verdier. Om dette kan sies å gjenspeile en grunnleggende overbevisning eller om Gud i dette tilfellet inngikk i et eksperiment for å løse hverdagsproblemene, vet jeg ikke. I alle tilfelle vil jeg la Ieda stå som en representant for det livet mange i São Pedro lever, hvor man kjemper med de midlene man har til rådighet for å få mest mulig ut av hverdagen. En hverdag som er full av utfordringer og hvor lite er forutsigbart.

¹⁸ 1 US\$ = 2,3- 2,7 *reais*. Sønnen var avhengig av medisiner som helsestasjonen ikke delte ut gratis.

¹⁹ De fleste brukte ordet ektemann (*marido*) selv om relasjonen ikke var offentlig registrert.

²⁰ Nabokvinnen ble av helsearbeiderne beskrevet som deprimert.

Konklusjon

Jeg regner med at vi nå sitter med et vist inntrykk av hvilket sted vi befinner oss når vi skal se på hvordan PSF utfolder seg i São Pedro. Det er en bydel som relativt raskt har utviklet seg fra å være mangroveskog til en egen bydel med en egen historie. Denne historien kan fortelles på mange måter, men vi har sett på hvordan utviklingen har hatt flere aktører med ulike motiver for å delta i prosessen. Både myndigheter og lokalbefolkning har satt sitt preg på bydelen på ulike måter, selv om lokalbefolkningens politiske kampsaker ikke har den samme breddeopplutningen som tidligere. Mange viser til dagens São Pedro som resultat av en langvarig kamp (*luta*), en kamp som i stor grad er over for de fleste. Allikevel fortsetter den daglige kampen for å leve best mulig i et samfunn som fremdeles kan sies å være preget av fattigdom og arbeidsløshet. I denne hverdagen er det PSF banker på beboernes dører og ber om å få være deltakere i deres liv. I denne hverdagen blir PSF en stemme som gir råd og veiledning om hvordan man skal prioritere tid, penger og andre ressurser. I São Pedro opptrer og inkluderes PSF i en hverdag som er uforutsigbar og programmet implementeres blant mennesker som forsøker å utnytte ulike muligheter for å skape et best mulig liv.

I det neste kapittelet kommer jeg til å rette oppmerksomheten mot historier som beboere i São Pedro forteller om helsevesenet. På mange måter vil dette være med å fortelle oss noe om hvordan det oppleves å bo São Pedro, samtidig som det belyser noen viktige aspekter ved relasjonen mellom helsevesenet og beboere i bydelen.

2 Fortellinger om helsevesenet

Tidlig i feltarbeidet oppdaget jeg at det ble fortalt mange historier om helsevesenet. Det var fortellinger om ting som hadde hendt, gjerne historier om noe som folk selv eller noen i deres nærhet hadde opplevd. Noen av dem handlet om små hverdagsopplevelser, mens andre var dramatiske fortellinger om kamp mellom liv og død. Jeg la merke til hvordan mange av disse fortellingene kunne sies å være preget av *a luta*, den vedvarende følelsen av usikkerhet og manglende mulighet til å skape en forutsigbar hverdag. Felles for mange av historiene var at de ofte ble brukt for å illustrere ulike forhold ved helsevesenet og de hadde gjerne moralske, verdiladete eller politiske undertoner. Ikke bare er disse historiene interessante fordi de kan sies å uttrykke en rekke verdier, normer, sosiale relasjoner og andre samfunnsrelaterte aspekter, men jeg vil hevde at de for mange av beboerne tjener som primær former og bærer av oppfatning av helsevesenet og den offentlige administrasjonen.

I det følgende vil jeg se litt nærmere på dette som jeg har valgt å kalle fortellinger om helsevesenet. I praksis kan det ytres som definerte historier, mens det andre ganger kan bære mer preg av å likne sladder eller uttrykk for frustrasjon eller det vi antropologer liker å kalle ”informant utsagn”. Det er altså snakk om spontane muntlige beretninger som sjelden er skriftlig nedtegnet. Det kan finnes mange måter å tilnærme seg disse fortellingene på, men jeg har imidlertid valgt å se på det som kan betegnes som fortellingens rolle i São Pedro, og hva de kan fortelle oss utover selve innholdet i historien. Jeg vil prøve å vise hvordan de kan betraktes som fenomener som kan forstås i en større sosial kontekst som også vil si noe om generelle sosiokulturelle forhold. Deretter vil jeg gå mer inn på hvordan disse fortellingene for mange av innbyggerne i São Pedro ofte fremstår som den mest virkelige beskrivelsen av helsevesenet. Disse fortellingene oppstår i en kontekst som kan sies å være nær til befolkningens daglige erfaring av omgivelsene, og dermed være mer betydningsfulle enn

ekspertenes statistiske presentasjoner av helsevesenet. For å tydeliggjøre denne forskjellen vil jeg benytte begrepene *lokal* og *ekspert erfaring*.

Hva sier fortellingene?

I det følgende vil jeg rette oppmerksomheten mot hvordan vi kan forstå hva som skjer når en historie ikke bare er et referat fra en hendelse, men når den går fra å være det Richard Price kaller *general past* til *signifigant past* (Price 1983:5) eller Victor Turners beskrivelse av hvordan de kontekstualiseres til andre sosiokulturelle aspekter (Turner 1982:300), når fortellingene om det som har skjedd formidles for å si noe om forhold i nåtiden. La oss begynne med å se på kort en fortelling slik ulike personer formidlet den i São Pedro.

Antônios død

Vi skal her få møte to versjoner av den samme hendelsen. Jeg kan ikke påstå at framstillingene her er ordrett slik jeg fikk dem fortalt, men versjonene er i hovedsak så ulike at min gjenfortelling nok vil være tilstrekkelig for å illustrere de sentrale momentene jeg vil påpeke.

Den første versjonen ble fortalt av en helsekontakt som hadde plukket den opp fra noen naboer. Antônio hadde hatt problemer med høyt blodtrykk lenge og fikk en dag et akutt illebefinnende, noe som raskt ble antatt at var relatert til blodtrykket²¹ (se kapittel 6 om for en drøftelse av blodtrykkbegrepet). I tråd med helsevesenets anvisninger hadde venner og naboer ikke brakt ham til helsestasjonen ettersom man der ville henvist ham rett til poliklinikken i og med at det vil karakteriseres som et akutt tilfelle. Antônio ble derfor brakt direkte til poliklinikken istedenfor. Da han kom dit ble han imidlertid ikke tatt imot med en gang og fikk beskjed om å vente. Han ble derimot bare verre

²¹ Om hans blodtrykkproblemer virkelig var relatert til hans død vet jeg ikke.

ettersom tiden gikk og han ikke fikk treffe lege. Det endte tragisk nok med at han falt død om på venteværelset på poliklinikken.

Da koordinatoren og en sykepleier på helsestasjonen gjennom andre helsekontakter ble konfrontert med historien, sa de begge at det ikke var det som hendte og de kunne fortelle en noe annerledes versjon. At Antônio lenge hadde hatt problemer med høyt blodtrykk var de enige i. Sykepleieren og Antônios egen helsekontakt kunne imidlertid fortelle at han ikke ville ta medisiner til tross for at de flere ganger hadde kommet til ham for å prøve å overbevise ham om at det var nødvendig. ”Da han ankom poliklinikken var han allerede død”, sa koordinatoren på helsestasjonen. Hun kunne fortelle at hun hadde vært på et møte med ledelsen der da han ble transportert dit og hadde derfor sett hva som hadde hendt. Hun kunne fortelle at han ikke bare hadde falt om og fått et illebefinnende på gaten, men at han hadde fått infarkt og omkom lenge før han ble brakt til poliklinikken.

Det kan være interessant å ta utgangspunkt i én hendelse som uttrykkes i to ganske ulike versjoner for å tydeliggjøre hvordan historier kan sies å være mer enn et forsøk på å gjengi et faktisk hendelsesforløp. Dersom vi først ser på hovedtrekkene i historiene kan vi si at den første bærer preg av å ville fortelle noe om helsevesenet generelt og poliklinikken spesielt. Årsaken til at Antônio døde var i denne historien manglende oppmerksomhet fra helsepersonellet og at han ble nektet tilgang til lege før det var for sent. I den andre versjonen ble det lagt vekt på at Antônio ikke ville ta medisiner og at han allerede var død da han ankom poliklinikken. På denne måten blir ansvaret for hans død tillagt Antônios stolthet og motvillighet til å etterfølge helsestasjonens anbefalinger. Disse to versjonene uttrykker dermed kanskje noen av de mest grunnleggende frustrasjonene jeg observerte mellom helsestasjonen og befolkningen. En relasjon hvor befolkningen på den ene siden var frustrerte over et helsevesen som ofte ikke fungerte etter intensjonene, hvor profesjonelle behandler

pasienter dårlig og det som mange oppsummerte i uttrykket *falta de respeito* (mangel på respekt). På den andre siden var helsearbeiderne frustrerte over hvordan mange ikke tok ansvaret for sin egen helse, de fulgte ikke anvisninger fra legen eller helsekontakten, tok ikke medisiner, lånte medisiner fra hverandre eller brukte bare urter og hjemmelaget te (se kapittel 6). Når det oppsto en krisesituasjon som resultat av manglende forebyggende tiltak fra pasientens side, krevde de derimot å få behandling umiddelbart, noe som helsestasjonen ikke hadde ressurser til å kunne gi. En helsekontakt uttrykte frustrert at *o brasileiro tem de ver p'ra crer* (brasilianeren må se det for å tro det). Begge versjoner forteller også at ”motpartens” uansvarlighet og likegyldighet i sin ytterste dramatiske konsekvens leder til at befolkningen kan dø.

Å fortelle en historie

Innledningsvis refererte jeg kort til bl.a. Victor Turner og noen perspektiver på historiefortelling som han har hentet blant annet fra sine studier av Ndembuene i Zambia (Turner 1982). Jeg innrømmer at jeg ikke vil yte Turners analyse rettferdighet i denne noe overfladiske gjennomgangen, hvor jeg er mer opptatt av hvordan det kan hjelpe oss til å tolke fortellinger om helsevesenet i São Pedro. Hensikten er heller ikke å omfavne alle aspekter ved hans framstilling av ulike typer beretninger, men heller plukke ut de aspekter som er relevante for den fortellingen jeg ønsker å berette.

Turner trekker veksler på historikeren Hayden White (1973) for å vise til hvordan hendelser og fortellingene om disse kan forstås kontekstuellt. Når en forteller (eller forsker) tilnærmer seg en hendelse eller serie av hendelser, det være seg den franske revolusjon eller en dag i et menneskes liv, finner hun ”tråder” som knytter den til ulike aspekter ved konteksten, forteller Turner og viser til Whites formulering av begrepet *contextualisation* (ibid.:302). Han fortsetter med å vise til hvordan denne prosessen ikke har til hensikt å integrere alle aspekter som kan knyttes til hendelsen, men heller binde dem sammen i en

kjede som kan være med på å tydeliggjøre en *manifest[ed] "significant" occurrence* (ibid.). Vi ser dermed at gjenfortelling av hendelser kan betraktes som en prosess hvor ulike elementer velges eller forkastes, dømmes som vesentlig eller ubetydelig, for å knytte det opp mot en oppfatning av det man velger å definere som relevant kontekst. Turner retter også oppmerksomheten mot Sapirs formuleringer om hvordan disse "trådene" ligger internt i det aktuelle sosiokulturelle rom som studeres. Disse "trådene" får dermed et klart symbolsk og implikativt aspekt hvor individuell personlighet og temperament blir tydelige, hevder han.

Vi ser av fortellingene jeg gjengav over at hendelsen ikke bare ble gjenfortalt ulikt, men at de også kan sies å stå som underforståtte symboler på relasjonen mellom befolkningen og helsevesenet. Som sagt forteller den ene versjonen om et kynisk og dårlig fungerende helsevesen, mens den andre om en likegyldig befolkning som ikke tar ansvar for egen helse. Begge historiene bærer sterke moralske implikasjoner og viser til døden som den endelige utgangen på relasjonen mellom helsevesen og befolkning. Videre gjengis hendelsen av mennesker som står på hver sin side av en potensiell konfliktfylt relasjon og vi ser hvordan denne posisjoneringen også kommer til uttrykk i hvordan historien fortelles. I vårt eksempel ser vi også hvordan man ikke bare har selektert og vektlagt ulike aspekter ved hendelsesforløpet, men det eksisterer også grunnleggende uenighet om hva som faktisk har hendt. Fortellingens moralske aspekter kan tydeliggjøres gjennom denne uenigheten og vi kan dermed se hvordan man kan tilnærme seg fortellinger om hendelser som symbolske fenomener og som bærere av et budskap utover det som er nedfelt i ordene.

Denne prosessen, hvor en hendelse gjengis, kontekstualiseres og settes inn i en relevant sosial og historisk sammenheng, skaper ulike typer fortellinger som Turner finner igjen i sitt empiriske materiale fra Ndembu samfunnet hvor det synliggjøres gjennom to ulike typer fortellinger: *nsang'u* og *kaheka*.

I Turners framstilling av *nsang'u*, dreier det seg om kronologiske beretninger om folkevandringer, kriger, ekteskap mellom kongelige og andre beretninger om makthaverne, noe som kan være med på legitimere den makt de besitter. De samme historiene fortelles imidlertid i hjemmene, men da endres både fortellerkonteksten og historiens innhold. Selv om inspirasjonen hentes fra *nsang'u*, endrer historiene seg hvor relasjonelle elementer som hat, sjalusi og kjærlighet framheves i større grad og framstår som det som kalles *kaheka*. Retoriske detaljer og elementer som sang kan utgjøre en del av historien som også får et underholdningsaspekt når den fremføres. (ibid.:306). Turner mener at disse ulike måtene å gjengi hendelser på, må relateres til den større sosiale konteksten som de opptrer i. Når hendelsesforløpet så skal formidles, vil fortelleren foreta en rasjonalisering av rekken av hendelser og sette de antatt vesentlige elementene sammen i en orden hun betrakter som relevant. Hvilke "tråder" som plukkes ut og knyttes sammen reflekterer fortellerens tolking av konteksten for hendelsen og kan også tydeliggjøre det Turner beskriver som personlige og individuelle aspekter. Han viser til hvordan White mener å se at hendelsene struktureres i en gjenfortelling hvor ikke bare relevante "tråder" plukkes opp, men at den også struktureres med en definert begynnelse, midte og slutt som også tjener til å definere hendelsen i forhold til andre sosiokulturelle faktorer. Fortelleren kan også bruke hendelsen som grunnlag for å tydeliggjøre et moralsk aspekt og dermed bevisst eller ubevisst legge til, trekke fra eller endre forhold i hendelsesforløpet slik at fortellerens budskap blir tydeligere. I Turners beskrivelse kan *kaheka* som formidles etter at *nsang'u* har gjennomgått en til tider omfattende fortolkingsprosess, fortone seg som alt fra historiske framstillinger eller folkefortellinger hvor ikke bare innhold, men også kontekst for selve fortellerhandlingen er med på å si noe om moralske implikasjoner.

Ser vi på de ulike versjonene av Antônios død, vil jeg med bakgrunn i blant annet Turners framstilling hevde at de kan forstås som et resultat av mer enn sviktende minne og

mangelfull informasjon om omstendighetene, men også som en større fortelling om konflikter i relasjon til helsevesenet.

Fortellingenes betydning i São Pedro

Nancy Scheper-Hughes som foretok et langvarig feltarbeid i en brasiliansk *favela* hvor arbeidsløshet, vold og vedvarende sult framstår som normale aspekter ved hverdagen, refererer til hvordan fortellinger om kidnapping i en periode preget bydelen sterkt (Scheper-Hughes 1992:233). Rykter om hvordan barn og unge ble kidnappet og bortført enten i forbindelse med organtransplantasjon eller i forbindelse med illegal adopsjon, gjorde at mange holdt barna sine borte fra skolen og ikke oppsøkte sykehus i frykt for at de selv eller barna skulle forsvinne i ubevoktede øyeblikk. Pressen skrev om ryktene, men beskrev det som oftest som fattiges ubegrunnede frykt som helt manglet bevis og karakteriserte det mer som frykten for *Papa-figo*²². Scheper-Hughes snakket også med personer som jobbet på sykehuset og ved gravplassen, steder hvor kropper angivelig skulle bli dumpet, som ristet oppgitt på hodet over de paniske ryktene. Fortellingene som ble formidlet mellom beboerne avtok allikevel ikke i styrke, og mange av analfabetene betegnet pressens interesse for fenomenet som et bevis på dets sannhetsgestalt. Scheper-Hughes setter disse ryktene og folks tilbøyelighet til å tro på dem i sammenheng med tidligere erfaringer fra området hvor beboere som lever store deler av livet på gaten er blitt ofre for organiserte dødsskvadroner. I tillegg relaterer hun dette videre til hvordan de blir uttrykk for hvordan fattige og maktesløse kropper domineres, brukes og kastes av de rike og de som har makt, og hvordan sosiale relasjoner uttrykkes i forestillinger om relasjoner mellom legemer (ibid.:236).

Jeg ønsker å ta utgangspunkt i det Scheper-Hughes beskriver som fortellingene og

²² Skummel figur, mørkemann, troll eller annet "fantasifoster".

ryktenes styrke og overbevisningskraft når vi nå beveger oss over til hvilken betydning de kan sies å ha i São Pedro. Jeg velger i det følgende å rette oppmerksomheten mot hvordan de framstillinger som kan settes i relasjon til en umiddelbar erfaringsnær hverdag har en tendens til å dominere og forme individers forestillinger om omgivelsene. For å se hvorfor historiene kan sies å være viktige, kan det være viktig reflektere kort over hvilke opplevelser som danner grunnlag for det ulike aktører kan sies å betrakte som relevante erfaringer, erfaringer som jeg har valgt å kalle *lokal erfaring* og *ekspert erfaring*.

Lokal erfaring og ekspert erfaring

Det kan være noe dristig å skulle lansere et nytt begrep, men jeg tror allikevel ikke at begrepene *lokal erfaring* og *ekspert erfaring* verken er helt nye eller ukjente i antropologisk forskning. Keith Hart er blant dem som viser til hvordan sosialantropologer har tydeliggjort at byråkratiske utviklingsaktører ofte har overkjørt "the lives of people" ved å ikke ta hensyn til "the real interests and practices of people on the ground" (Hart 2002:18). Norman Long argumenterer også for at ulike aktører har ulike erfaringer og kontekstualiserer hendelser og opplevelser ulikt til tross for en "globalisert" verden hvor informasjons- og kommunikasjonsteknologi når stadig flere mennesker (i Long & Acre 2000). Jeg vil i det følgende rette oppmerksomheten mot hvordan det kan sies å eksistere ulike typer erfaring som begge må betraktes som relevante for å kunne si noe om møtet mellom helsevesenet og beboerne i São Pedro. Begrepet *lokal erfaring* tjener godt som en beskrivelse av hvordan den daglige erfaringen folk gjør seg med helsevesenet kan stilles opp mot en mer abstrakt og statistisk erfaring av samme institusjon. Med *lokal erfaring* vil jeg rette oppmerksomheten mot den type erfaring som individer har opplevd i en bestemt lokal kontekst. Erfaringen tolkes gjennom den lokale sosiale situasjon, den oppstår i og kontekstualiseres ut fra en generell opplevelse av de lokale omgivelsene. Disse erfaringene nedtegnes ofte tilfeldig og konserveres eller endres gjennom fortellingene. Administrasjonen og de profesjonelles

erfaring i helsevesenet kan karakteriseres som noe annerledes fordi den i stor grad kan sies å hvile på sekundærkilder. De profesjonelle på administrativt nivå forholder seg til erfaringer som kommer til syne gjennom en strukturert gjennomgang av statistisk informasjon. Denne typen erfaring vil jeg i det følgende karakterisere som *ekspert erfaring*. Den er i stor grad løsrevet fra individuell erfaring og er ikke nødvendigvis på samme måte knyttet til en generell eller tilfeldig daglig erfaring. La oss se nærmere på hvordan man kan beskrive den lokale erfaringen.

Ofte når folk i São Pedro hadde avsluttet sitt ærend på helsestasjonen, ble man ofte møtt av andre som spurte ”*Consegiu?*”, eller som vi ville sagt, ”Klarete du det?”. Det kunne dreie seg om vedkommende hadde klart å bestille time, eller om hun hadde fått konsultasjonen hun hadde bestilt. Det kunne også dreie seg om hvorvidt de hadde fått medisiner som skulle hentes eller klart å bestille time hos spesialist. Det var et spørsmål om personen hadde klart å gjøre det hun håpet på da hun kom dit. Dette uttrykket som nærmest ble brukt som en hilsen til alle som kom fra helsestasjonen²³ kan sies å reflektere en forventning og håp om at ens aktuelle problemer og bekymringer skal bli møtt på en eller annen måte. På en annen side er det også med på å fortelle oss at møtet med helsevesenet preges av usikkerhet og at man ikke kan ta utfallet for gitt. Som vi skal komme inn på senere, har PSF store problemer med å møte de ulike behovene i São Pedro. Møtet med helsevesenet går dermed for mange inn i en generell sammenheng av uforutsigbarhet i tilværelsen og spørsmålet *consegiu* kan dermed forstås i relasjon til en tilværelse hvor lite er forutsigbart og gitt.²⁴ På samme måte som en snakket om hvordan man møtte utfordringer og problemer eller man klarte å mestre andre vanskeligheter i livet, snakket man også ofte om hvordan man hadde taklet møtet med

²³ Jeg oppdaget at jeg selv begynte å innlede samtaler på denne måten når jeg møtte kjente som jeg visste hadde vært på helsestasjonen.

helsevesenet. Det kunne være historier om hvordan man hadde klart å få til det man kom for, hvordan de kanskje hadde klart å få til noe de egentlig ikke hadde krav på, hvordan man opplevde dårlig eller god behandling. Man kunne også fortelle om andre ting man hadde sett og opplevd på helsestasjonen eller ta med seg historier om hva andre hadde fortalt der. For å si det kort, man forteller hverandre historier om helsevesenet. For beboerne i São Pedro blir dermed disse gjenfortellingene ikke bare et yndet tema for samtale, men det tjener også som en av de viktigste informasjonskildene om hvordan helsesystemet fungerer. At en brosjyre fra helsedepartementet forteller at man kan få gratis medisiner gjennom helsestasjonen blir lite viktig når det fortelles om mennesker som må gå uten medisiner fordi det ikke finnes mer igjen på helsestasjonen (noe som ofte var tilfelle). Fortellingene formidles og gjenfortelles i en delt erfaringsverden. Selv om det kan variere i hvilken grad de forskjellige fortellingene i seg selv kan sies å være delt, hviler mange av dem på en felles opplevelse av omgivelsene.

Fortellingene settes inn i en sammenheng som ofte oppleves relevant og mer virkelig enn de abstrakte framstillingene som kommer til syne gjennom statistikker og målsetninger som formidles gjennom myndighetenes programmer. Som historier relatert til *lokale erfaringer* og folks fortolkninger av disse hendelsene blir det viktig å ikke overse fortellingenes betydning når det gjelder hvordan folk i São Pedro opplever helsesystemet. De kan tjene som ”vinduer” ut mot en erfaringsverden som forskeren eller helsearbeideren normalt ikke tar del i. Ikke bare er innholdet i historiene interessante, men også hvordan de fortelles og hvilke implikasjoner som ligger i dem. La oss nå se hvordan vi kan forstå disse fortellingenes betydning bedre ved å rette fokuset mot hvordan ”ekspertene” presenterer helsevesenet.

²⁴ Påstanden om tilværelsens uforutsigbarhet i São Pedro blir behandlet andre steder i oppgaven. Her vil jeg derfor godta dette som en påstand og konsentrere argumentasjonen i relasjon til fortellingenes betydning.

Koordinatoren plasserte en dag en tavle utenfor helsestasjonen med en oversikt over dens aktiviteter forrige måned. Her var antall beboere i området ført opp, hvor mange hushold man hadde ansvaret for, hvor mange som led av ulike sykdommer, hvor mange konsultasjoner og hvor mange hjemmebesøk som var foretatt, samt en hel rekke statistiske data over andre forhold relatert til folks helse. Denne tavlen kan illustrere *ekspert erfaring* slik det er beskrevet ovenfor, hvor data løsrevet fra individuell erfaring brukes som relevant grunnlag for å si noe om helsevesenet. Dette er informasjon som er samlet sammen av leger, sykepleiere, hjelpepleiere og helsekontakter gjennom en systematisk og langvarig registrering. Dataene er sendt til SEMUS²⁵ hvor de er ført inn i databaser sammen med liknende data fra hele Vitória. Dette gjør det enkelt for administratorene og de profesjonelle å gjennom noen enkle operasjoner på datamaskinen få informasjon om en rekke statistiske forhold ved helsevesenet og demografiske forhold i São Pedro og andre bydeler tilknyttet PSF.

Ingen av de som har ansvar for administrasjonen av helsevesenet i São Pedro bor i området²⁶ og deltar følgelig ikke i det lokale sosiale rom på samme måte som mange av brukerne av SUS. De har dermed ikke den samme *lokale erfaring* som beboerne i São Pedro i tillegg til at de i større grad baserer sin framstilling av helsevesenet på statistiske data som ikke er avhengig av opplevelse av sosial kontekst for å framtre som meningsfullt. Vi ser at de dermed kan sies å ikke bare velge et annet grunnlag for å vurdere helsevesenet, men de lever store deler av livet i en annen sosial kontekst og er dermed avskåret for den *lokale erfaring* slik vi kan finne den i São Pedro. Den relevante erfaring fra São Pedro blir dermed det som blir synlig gjennom statistikkene og en abstrakt beskrivelse av virkeligheten, eller det vi kan kalle *ekspert erfaring*.

²⁵ Se side 37

²⁶ Dette er mer enn en påstand ettersom jeg registrerte bosted for alle profesjonelle på helsestasjonen og ble kjent med øvrige ansvarlige for administrasjonen av helsevesenet i São Pedro.

Vi kan nå se hvordan det som henholdsvis ”ekspertene” og de lokale oppfatter som relevant informasjon for å vite noe om helsevesenet også henger sammen med hvordan de setter denne informasjonen i sammenheng med praktisk anvendelse. For ”ekspertene” er det relevant å tolke informasjonen i relasjon til de preventive tiltak som man ønsker å sette inn for å kunne oppnå sin målsetning om en generell bedre helsetilstand blant befolkningen. Gjennom PSF forsøker helsemyndighetene å integrere en rekke aspekter ved samfunnet for å kunne drive et best mulig forebyggende arbeid blant befolkningen. Derfor blir det for administrasjonen aktuelt å konsentrere seg om generelle tendenser og det jeg har kalt abstrakte data. Brukerne av helsevesenet vil på sin side være mer orientert mot hvordan man skal forholde seg til helsevesenet i hverdagen. Informasjonen de anser som relevant er den som kan være med på å hjelpe dem i å plassere helsevesenet i en kontekst som synes relevant for den daglige erfaringen av omgivelsene. I motsetning til ekspertenes framstilling som relateres til framtidige effekter som ofte ligger flere år inn i framtiden, er beboernes fortellinger mer relatert til øyeblikket og nåtiden. Derfor kan man i samtale med beboerne i São Pedro se hvordan helsevesenet bedømmes ut fra dets evne til å møte de akutte behov, mens administrasjonen og SEMUS viser til forebygging, statistisk endring og tendenser over tid. I eksemplene som følger skal vi se nærmere på møtet mellom ekspertenes og befolkningens opplevelser av helsevesenet.

Møtet med ekspertene

Situasjonen er noe anspent der vi sitter på et åpent møte mellom beboere i São Pedro og Anselmo Tose som er *Secretário de Saúde* (helsesekretær) og øverst ansvarlig for helseadministrasjonen i Vitória. Vi har kommet til slutten av møtet og det er anledning til å stille spørsmål eller komme med kommentarer. Én forteller at han har ventet i to måneder for å få konsultasjon mens en annen forteller om en upålitelig helsekontakt som bestiller timer for andre pasienter (se diskusjon kapittel 5). En tredje klager over at man kommer tidlig til

helsestasjonen eller poliklinikken, men må ofte vente lenge fordi legen ennå ikke har kommet på jobb og det kommer påstander om at folk dør mens de venter på å få møte en lege. Vi som sitter der har sett en påfallende overgang i hvordan helsevesenet blir presentert. Toses statistikker og *Power Point* presentasjon av helsevesenet på storskjerm viker for personlige fortellinger og erfaringer som ikke er registrert i statistikkene. Få steder blir kanskje denne forskjellen å omtale helsevesenet på tydeligere enn på slike møter hvor ”mannen (og kvinnen) i gata” får anledning til å snakke direkte med den øverste lederen i byen for administrasjonen av PSF. Hvordan de ulike partene snakker om helsevesenet illustrerer for oss også aspekter ved de ulike erfaringsverdenene.

Måten *Secretário de Saúde* samler sine opplysninger om helsevesenet på ble også tydeliggjort i hans avslutningsappell. Han takket for tilbakemeldingene og viste til at de var viktige. I driften av helsevesenet fungerer vi som et fotballag, fortsatte han og sa at innspill fra lokalbefolkningen var essensielt. Dersom man kunne ta med befolkningens erfaringer fra helsevesenet var det imidlertid viktig å formalisere klagen, forklarte han. Han henstilte derfor til at folk rettet sine klager skriftlig til helsestasjonene slik at de kunne sendes videre til SEMUS. Uten å gå inn i en diskusjon om årsaker, er det kanskje verd å merke seg at på helsestasjonen jeg oppholdt meg ble det mellom januar og september 2001 registrert kun fire formelle klager (SEMUS/Prefeitura de Vitória).

La oss utvide vårt repertoar av fortellinger utover historien om Antônio og se på utdrag av en samtale jeg hadde med Seu Francisco, en av beboerne i området. I dette eksempelet vil jeg i likhet med historien om Antônio forsøke å vise hvordan beskrivelser av helseproblemer og årsakene til dem kan tolkes i en bredere kontekst hvor oppfatninger om sosiale og politiske forhold uttrykkes. Samtidig vil jeg forsøke å belyse hvordan fortelleren i møte med forskeren forsøker å legge inn et element av objektiv abstrahering for å gi argumentene tyngde utover

egen erfaring. Det blir dermed en dimensjon hvor Seu Francisco forsøker å inkludere *ekspert erfaring* i en fortelling som i utgangspunktet kan karakteriseres som *lokal erfaring*.

Seu Francisco er tidligere sjømann og var president for *movimento comunitário* i sitt nabolag en kort periode. I dag er han arbeidsløs og jeg traff ham ofte ute på gaten eller sittende på en benk foran huset sitt. Seu Francisco hadde ikke lenger noen offisielle tillitsverv i lokalsamfunnet, men beskrev seg selv som en som forsøker å hjelpe litt til og støtte de som vil gjøre noe med situasjonen i området. Han hadde derfor mange tanker om lokalsamfunnet og hvordan man kunne møte utfordringene i São Pedro. En dag jeg var hjemme hos ham, snakket han om hvordan kona hans hadde problemer med stadig tilbakevendende lungebetennelse. Ikke bare var det henne, men en rekke personer i områder som hadde ulike luftveisproblemer som astma og bronkitt kunne han fortelle. Samtlige naboer, med unntak av én, hadde en eller annen form for respiratorisk lidelse og han var ikke i tvil om hva det kom av. For det første kom mye forurensing til São Pedro fra det store smelteverket *Companhia Siderúrgica do Tubarão* (CST). Nordvestvinden brakte med seg forurensingen ikke bare derfra, men også fra andre store industrier som steinbruddet Vale do Rio Doce, mente han. I tillegg kommer gassene som han mente siger opp fra grunnen i São Pedro. Han viste til en eksplosjonsulykke i São Paulo bare noen uker tidligere og mente at det samme kunne skje i São Pedro. I den omtalte ulykken fra et område som var bygget over et gammelt søppeldepot (slik store deler av São Pedro er), hadde gasser sivet ut og forårsaket en eksplosjon som drepte et menneske.²⁷ Han mente at det er to problemer, et som kommer fra de store industriene og et som kommer fra jorden i bydelen. Det som imidlertid kompliserte situasjonen, mente han, var at de ”intellektuelle” sa at luften var ren og at det ikke var noen problemer. Han pekte på at en slik argumentasjon var betenkelig i og med at luften i området faktisk dreper befolkningen. Det er nødvendig at representanter for myndighetene og

lokalsamfunnet setter seg sammen for å finne ut av hvordan disse problemene kan løses, mente han. Han understreket at dette med luftkvaliteten i São Pedro ikke bare var noe han hadde funnet på, men at han hadde snakket med en tekniker (*tecnico*) som hadde bekreftet hans mistanker. I følge Seu Francisco hadde denne teknikeren sagt at dersom man foretok en undersøkelse av luftkvaliteten, ville man se at den var farlig.

Seu Francisco tar utgangspunkt i sin kones problemer med lungebetennelse og forteller hvordan dette er et resultat av São Pedros ugunstige lokalisering i forhold til industrienes forurensninger. Hvordan man her kan spore en forståelse av de fattige i São Pedro som marginaliserte ofre for modernisering og utvikling kunne vært en spennende tolkning å forfølge. Seu Francisco var også i andre sammenhenger opptatt av hvordan São Pedro ofte ble satt utenfor de store utviklings- og moderniseringsprosessene i byen. Jeg vil ikke følge dette argumentet i detalj, men begrense meg til å vise *at* hans kones lidelser gjennom hans fortellinger kan sies å få betydning ved at den relateres til en generell opplevelse av omgivelsene. Senere var jeg med på sykebesøk hos kona til Seu Francisco. Etter at vi gikk derfra gav legen hennes meg en forklaring på hennes vedvarende problemer ved å vise til at hun gikk altfor raskt tilbake til arbeidet og ikke ventet til hun ble helt frisk. Legen vektla altså hennes manglende vilje eller evne til å etterkomme legens anbefalinger og sa at hun ikke kom til å bli frisk så lenge hun fortsatte å ignorere disse. Helsekontakten i området hadde derimot en tredje forklaring på kvinnens vedvarende problemer. Seu Francisco var kjent for å være oppfarende og det gikk rykter om at han slo både barna og kona.²⁸ Hun sa at det ikke var det minste rart at kona hans aldri ble frisk. Hun fikk ikke noe positiv oppmerksomhet fra mannen sin og hun gav et eksempel på dette ved å vise til at han ikke ville besøke kona da hun hadde

²⁷ Denne ulykken var godt kjent og hadde blitt kringkastet via nasjonale nyheter.

havnet på sykehus. Den aktuelle helsekontakten hadde selv store problemer med sin ektemann. Her kan vi, ved å se på andre forklaringer på kvinnens problemer med lungebetennelse, se at Seu Franciscos forklaring om årsakene til lidelsene preges av et ønske om å fortelle noe om tilværelsen generelt. Vi kan se at han forsøker å formidle aspekter ved sosial urettferdighet og myndighetenes likegyldighet ovenfor beboerne i området. Relasjonen mellom konas problemer og de ”dødelige” konsekvensene av å bo i São Pedro er virkelige nok for Seu Francisco. På samme måte som det er en klar sammenheng mellom lungebetennelsen og den dårlige relasjonen mellom ekteparet dersom vi snakker med familiens helsekontakt. Vi ser dermed hvordan fortellingen som Seu Francisco fortalte meg også er en fortelling om hvordan det er å leve i São Pedro, om *luta* mot omgivelsene.

Et viktig argument for ham var at luften virkelig var dårlig i São Pedro. I denne delen av fortellingen kommer det imidlertid fram hvordan han ikke har direkte tilgang på denne informasjonen som det bare er forunt ekspertene å vite. Allikevel så han at han kunne forsterke sine argumenter ved å vise til en eksperts (*tecnico*) utsagn om luftkvaliteten selv om det ikke foreligger konkrete data som kan underbygge påstanden hans. Dermed blir også hans henvisning til ekspertenes uttalelser i dette tilfellet relatert til hans personlige erfaring, eller det vi kan kalle *lokal erfaring*.²⁹ De ”intellektuelle” sine påstander om at luften ikke var spesielt forurenset ble betegnet som nærmest umoralske ettersom han mente å erfare at befolkningen døde på grunn av luftforurensingen i området. Selv med henvisning til *ekspert erfaring* kan vi se hvordan *lokal erfaring* hadde en tendens til å dominere Seu Franciscos framstilling av omgivelsene.

²⁸ Ved en annen anledning ved et sykebesøk hos naboen hans, merket jeg hvordan alle kvinnene i huset stivnet til da vi hørte at Seu Francisco fikk et raserianfall. Det ble kommentert at han var *mal* (gal, ikke helt god).

²⁹ Det er ikke noen målestasjoner som jevnlig måler luftkvaliteten i São Pedro. Der disse er utplassert, er det imidlertid det fasjonable og populære området Jardim do Camburi som ligger mellom to tungt belastede veier og rett ved byens flyplass, som kan påvise den dårligste luftkvaliteten i Vitória (Kilde: SEAMA [Secretária de Estado de Meio Ambiente e de Recursos Hídricos], september 2001).

Konklusjon

Vi kan i denne diskusjonen se hvordan fortellingene om helsevesenet kan sies å være viktige for å forstå mer om relasjonen mellom PSF og dets potensielle brukere. For det første kan man betrakte dem som beretninger som vil fortelle noe om relasjoner i det sosiale rom hvor de opptrer. De fortelles videre av personer som har foretatt en tolkning av et hendelsesforløp og videreformidlet hendelsen ut fra individuelle betraktninger om hvordan hendelsen skal kontekstualiseres. Derfor blir de interessante som uttrykk for hvordan den sosiale virkelighet oppleves. Slik vi så innledningsvis blir to ulike versjoner av den samme hendelsen spesielt interessant og kan tjene som et nyttig utgangspunkt for å identifisere ulike oppfatninger om relasjoner. Videre kan vi se hvordan fortellingene sammen med personlige erfaringer blir viktige fordi de for mange beboere er den mest tilgjengelige måten å vurdere helsevesenet på. Fortellingene kan dermed forstås som artikulering av hendelser og opplevelser som knyttes til en gitt sosial kontekst som igjen er med på å forme folks oppfatning av helsevesenet. Disse fortellingene er også med på å fortelle brukerne hvordan man kan forholde seg til helsevesenet i hverdagen. De statistiske opplysningene om helsearbeidet er ikke bare utilgjengelige for de fleste beboere i São Pedro, men de er også abstrakte data som ikke nødvendigvis reflekterer en erfart sosial virkelighet. I tillegg har disse dataene i mange tilfeller en annen funksjon enn fortellingene. De er mer et redskap for ”ekspertene” for å kunne planlegge og administrere PSF mest mulig hensiktsmessig. Historiene og fortellingene blir dermed den beskrivelsen som oppleves mest *virkelig* for de fleste beboerne.

Jeg vil ikke påstå at beboerne i São Pedro er de eneste som forteller om hendelser. Tvert i mot vil jeg hevde at alle mennesker deltar i en prosess hvor begivenheter tolkes og framstår på ulike måter.³⁰ Det gjør også de profesjonelle og administratorene i helsevesenet i Vitória. Jeg vil imidlertid hevde at for mange i São Pedro hvor tilgangen til statistisk

informasjon er begrenset, kan man betrakte disse fortellingene som tar utgangspunkt i den *lokale erfaring* som grunnleggende informasjonsbærere om helsevesenet, og som formere av folks meninger rundt PSF. Vi ser derfor at helsevesenet som er planlagt og prosjektert på regjeringens kontorer i Brasília gis en helt konkret mening og blir gjennom fortellingene satt i en relasjon til andre enheter i samfunnet. Fortellingene er med på å vise oss hvordan dette statlige prosjektet må forholde seg til lokale variasjoner og at befolkningen kontekstualiserer helsevesenet i forhold til sin hverdag.

I dette kapitlet har jeg lagt vekt på hvordan fortellingene om helsevesenet vitner om ulike erfaringer av virkeligheten i São Pedro. I det neste kapitlet vil jeg forlate bydelen for å fokusere mer på bakgrunnen for PSF. Hensikten vil være å forsøke å finne og gjøre eksplisitt noen verdier og idealer som tydeliggjøres gjennom det offentlige helsetilbudet slik det framstår etter store reformer på 1990-tallet.

³⁰ Denne oppgaven er i seg selv et empirisk eksempel på hvordan hendelser tolkes og kontekstualiseres.

3 Om helsevesenet

I det foregående er vi blitt kjent med São Pedro og hvordan helsevesenet omtales av mange av bydelens beboere. Leseren er blitt litt kjent med det sosiale fellesskapet som helsevesenet kommer inn i gjennom PSF og jeg har forsøkt å vise at det kan eksistere ulike referanserammer for hvordan helsevesenets aktiviteter kan kontekstualiseres i bydelen. I forlengelsen av presentasjonen av São Pedro som bydel, vil jeg gjøre oppmerksom på hvordan PSF kan betraktes som et ledd i en rekke utviklingsprosjekter som er gjennomført i området, noe som igjen kan implisere en rekke verdier og idealer som kan være mer eller mindre eksplisitt uttrykt. I det følgende skal jeg presentere det offentlige helsevesenet i Brasil og forsøke å belyse noen grunnleggende verdier som helsevesenet baserer seg på.

Staten som garantist for befolkningens helse

I 1989 foretok Akhil Gupta et kort feltarbeid i Uttar Pradesh i India, hvor han ble bedre kjent med en helsereform som var rettet mot befolkningsregulering og bedring av levevilkårene for fattige kvinner og barn (i Hansen & Stepputat ed. 2001). Når han i denne forbindelse kommenterer prosesser som regulerer befolkningens atferd bruker han noen perspektiver som er hentet fra Foucaults begrep *governmentality*. I likhet med Gupta skal jeg ikke definere begrepet her, men heller framheve hvordan vi kan forstå statens rolle som initiativtaker og tilrettelegger for å oppnå en befolkning ved god helse. I Gupta sin framstilling, og i denne gjennomgangen av helsevesenet, er det relevant å belyse hvordan *governmentality* dreier seg om "concern with the population, its health, longevity, happiness, productivity and size" (ibid.: 68). Hva som betraktes som "good governance", blir altså ikke bare å utøve kontroll og autoritet, men også å fostre befolkningens framgang og lykke. Fokuset på "befolkning" som enhet, løsrevet fra familie og stat, med en atferd som påvirker økonomien og nasjonen som helhet, gjør at det er dette som ofte blir gjenstanden for den kontroll og velferd staten ønsker å

promotere, påpeker Gupta. *Governmentality* retter oppmerksomheten mot befolkningen og de prosesser som styrer befolkningens atferd, og er i så måte ikke bare begrenset til myndighetenes påvirkning. Gupta velger å formulere det slik at begrepet fokuserer på "the conduct of conduct" (ibid.:67), for å fremheve mangfoldet av hvordan befolkningens atferd styres gjennom en rekke påvirkninger. Jeg skal ikke forfølge Guptas diskusjon videre, men konstantere at myndighetene i mange vestlige land begynte fra det 18. århundre å rette oppmerksomheten mot befolkningens velferd som et mål for sin utøvelse av makt. Fordi helsevesenet er et statlig foretak slik det presenteres i denne oppgaven, vil jeg også i denne sammenheng bare kort rette oppmerksomheten mot at et slikt mål forutsetter ideer om at intensjonelt styrt utvikling er mulig og ønskelig. Nustad & Kaarhus (2002) viser til hvordan intensjonell utvikling som "et sett av ideer og som politisk redskap" (ibid.:6) oppsto på midten av 1800-tallet i det turbulente Europa, hvor behovet for å skape orden i et samfunn i endring var sterkt. Artikuleringen av muligheter for en intensjonsstyrt utvikling må derfor også ligge til grunn for å forstå hvordan en nasjons myndigheter treffer avgjørelser for å påvirke befolkningens atferd. Ved å fokusere på "befolkningen" og dens velferd som gjenstand for statens oppmerksomhet, ser vi at staten ikke bare opptrer som moralsk ansvarlig for borgernes velferd, men også at dette er et krav og en plikt nedfelt i loven. Det er også dette som danner utgangspunkt for det offentlige helsevesenet i Brasil

Det brasilianske helsevesenet.

"A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação."

"Helse er en garantert rettighet for alle, (noe) som staten plikter å garantere gjennom politiske, sosiale og økonomiske beslutninger som har til hensikt å redusere risiko for sykdom og andre belastninger, samt (sikre) universell og lik tilgang til tjenester og tiltak som fremmer, beskytter og behandler."

Artikkel 196 i Grunnloven av 1988 (egen oversettelse)

Da dagens brasilianske grunnlov ble vedtatt i 1988, ble retten til et universelt helsetilbud og lik tilgang til dets tjenester for første gang eksplisitt formulert som statens ansvar. Denne lovteksten, som er nedfelt under artikkel 196, danner grunnlaget for dagens offentlige helsetilbud *Sistema Único de Saúde* (SUS), "Det enhetlige helsesystem". Vi skal i det følgende se litt på hvordan dette helsesystemet ble skapt for å tydeliggjøre noen verdier som ønskes maksimert gjennom det offentlige helsevesenet. Dette vil danne et grunnlag når vi senere i oppgaven kommer tilbake til noen utfordringer dette gir gitt den sosiale konteksten det implementeres i og den ressursforvaltning som preger det offentlige helsevesenet.

Opprettelsen av stillingen som helseombud allerede i 1808 med utsendinger til de ulike statene i den portugisiske kolonien Brasil, anses ofte som begynnelsen til det offentlige helsevesenet i landet.³¹ Fra å konsentrere seg om kontroll av skipsfarten ved havnene utviklet det offentlige helsevesenet seg etter hvert i retning av å drive sykdomsbekjempelse og forsøkte senere å inkludere sosiale aspekter i forebyggende arbeid og sykdomsbehandling. På

³¹ Denne historiske gjennomgangen bygges på Ministério da Saúde sin historiske framstilling av utviklingen av de offentlige helsetjenester slik man kan lese på www.saude.gov.br

begynnelsen av 1900-tallet ser man at statistisk informasjon om demografiske forhold og sosiale fenomener blir viktige variabler i de tiltak som iverksettes. I 1953 ble *Ministério da Saúde* opprettet som eget departement atskilt fra utdanningsdepartementet, og er i dag den enheten som administrerer det nasjonale helsetilbudet. Etter at militæret tok makten i 1964 gjennomgikk det offentlige helsevesenet stadig nye endringer. I 1967 ble dagens bestemmelser om at Helsedepartementet er ansvarlig for utforming og koordinering av den nasjonale helsepolitikken eksplisitt formulert gjennom den ”Føderale administrasjonsreformen” (*Reforma Administrativa Federal*).

Det jeg vil belyse her er at den brasilianske staten, i likhet med endringene i mange vestlige land, får stadig mer ansvar for å yte et offentlig helsetilbud. Allikevel er det viktig å påpeke at selv om staten ønsker å bidra til en befolkning ved god helse, er ikke dette formulert som en moralsk plikt, men snarere som et rasjonelt administrativt grep for å bidra til økonomisk vekst (se s. 31). Begreper som eksplisitt omhandler borgernes likeverd, og på denne bakgrunn, alles rett til et adekvat helsetilbud, kom som sagt ikke med i lovgivningen før den nye grunnloven trådte i kraft i 1988.

Sistema Único de Saúde- et enhetlig helsesystem

Fra et generelt historisk overblikk, skal vi gå over til å konsentrere oss om dannelsen av *Sistema Único de Saúde* (SUS), ”Enhetlig helsesystem”, som har vært det offisielle navnet på det offentlige helsevesenet siden begynnelsen av 1990-tallet. For å tydeliggjøre en politisk og historisk kontekst som kan være relevant for denne avhandlingen, vil jeg først rette oppmerksomheten mot hvordan representanter for myndighetene selv omtaler SUS. Den teksten jeg skal ta utgangspunkt i, artikkelen *A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde* (”Sanitærreformen og Enhetlig helsesystem”, Neto 1994), er skrevet av lege og professor Eleutério Rodriguez Neto fra *Faculdade de Ciências da Saúde* (Fakultet for helsevitenskap)

ved Det føderale universitetet i Brasília. Her omtaler han SUS, dets opprinnelse, utfordringer og fremtidige muligheter. Teksten er spesielt interessant, ettersom den brukes i opplæring av medisinsk og administrativt helsepersonell og kan derfor betraktes som representativ for de idealer som myndighetene vil formidle til sine ansatte. Samtidig tilhører ikke denne ”stemmen” helsepersonell som daglig må forholde seg til moralske og etiske dilemmaer i møte med til tider motstridende forventninger (se kap. 5), og kan på denne måten representere et ideal som ”etterstrebtes” framfor hvilke idealer som virkelig ”etterleves” (se også Holy & Stuchlik 1981). Jeg håper at oppgaven videre utover vil underbygge hvordan denne teksten også faller innenfor perspektiver som myndighetene selv ønsker å framheve gjennom implementeringen av PSF.

Militærdiktaturet som kontrast

Det vises ofte til at SUS og tankene om dette nye systemet ble skapt allerede mens Brasil var under militærdiktaturet, en periode som strakk seg fra 1964 til de første frie lokalvalgene ble holdt i 1982 og overgangen til sivil regjering i 1985. Neto hevder at man på 1970-tallet begynte å danne det som senere har utviklet seg til å bli SUS som en reaksjon på et autoritært regime; neglisjering av landets fattige, sentralisering, korrupsjon og kaos i det offentlige helsevesenet. Det er verd å minne om at selv om Neto tilskriver helsevesenets inkompetanse militærdiktaturets vanstyre, var det etablert et offentlig helsevesen lenge før kuppet i 1964. Imidlertid ble mange endringer og initiativer foretatt under diktaturet og formuleringen om at Helsedepartementet har ansvaret for utforming og koordinering av den nasjonale helsepolitikken (inkludert det private helsetilbudet), kan i mange sammenhenger betraktes som begynnelsen til det moderne helsevesenet slik det ser ut i dag. I så måte har bruken av

militærdiktaturet som kontrast en viss historisk relevans, men vi skal se her at det også kan forstås som en metafor som er med på å framheve aspekter ved SUS.³²

I sin artikkel hevder Neto at noen av de grunnleggende problemene med militærdiktaturets helsevesen dreide seg om at økonomiske hensyn ble satt foran folkets behov, og kommenterer at ”Helsesystemet (...) ble etablert under militærdiktaturets tid for å møte interessene til de som ville kommersialisere helsen/helsetjenesten og ikke for å møte befolkningens behov” (Neto 1994:8, egen oversettelse). Her framstilles det ”gamle” systemet som et moralsk tvilsomt prosjekt, hvor man egentlig ikke var interessert i befolkningens beste. Militærdiktaturet, som ble etablert gjennom et statskupp, var aldri valgt av befolkningen, og manglet på denne måten både legal og moralsk legitimitet i forhold til de idealer som et demokratisk samfunn etterstreber. Neto peker videre på at under deres administrasjon var ikke helsevesenet tilgjengelig for alle, og det ble rettet mest oppmerksomhet mot å legge til rette for et privat kommersielt helsevesen framfor å etablere et offentlig fungerende helsetilbud. I tillegg til dette, var det offentlige helsetilbudet bare tilgjengelig for de som betalte *providencia social*, en skatteavgift som skulle garantere visse velferdstjenester. Resultatet var et lite tilgjengelig helsevesen som var bygget opp på elitens premisser. Neto hevder at undersøkelser som ble gjort på 1970-tallet viste at diktaturets utviklingsmodell bidro til å forverre folkets helse, fordi ressursene ble konsentrert hos en liten elite.

Historien om SUS fortelles ofte i relasjon til kampen mot militærdiktaturets udemokratiske, kontrollerende og sentraliserte maktapparat, slik Neto gjør. Det var en del av kampen for universelle rettigheter. SUS skulle bygges på

³² Jeg viser til forrige kapittel for diskusjon om presentasjon av historier.

"...gode erfaringer fra andre land, åpenhet- i tillegg til generell demokratisering av samfunnet, universell rett til helse, et rasjonelt offentlig helsesystem og med folkets deltakelse; integrering av preventive, kurative og demokratiske tiltak." (ibid.:9, egen oversettelse)

Det kan være viktig å stoppe opp for å eksplisitt peke på hvordan helsevesenet her inngår i et større perspektiv som ønsker å drive fram grunnleggende endringer i hele den politiske struktur og kultur som preget Brasil på midten av 80-tallet. Kampen for et mer demokratisk helsevesen som inspirerer til folkets deltakelse og kravet om universelt tilbud til helsetjenester skal være fremtredende kjennetegn på "det nye" helsevesenet, SUS. Som en kontrast til dette står militærdiktaturets ekskluderende samfunnsperspektiv, hvor makten ble konsentrert, sentralisert, byråkratisert og rettigheten til helse var avhengig av individenes relasjoner til maktpersoner eller økonomiske evne. Ved å bruke militærdiktaturet som en kontrast til de verdier og perspektiver som skal prege SUS, ser vi at man ikke bare tydeliggjør de demokratiske aspektene ved det nye helsesystemet. I tillegg henvises de udemokratiske tendensene til en fortid hvor urett, likegyldighet og ydmykelse var en vanlig erfaring. SUS, som er et resultat av generell re-orientering i retning av demokrati i landet, framstår dermed som framtidens prosjekt hvor andre verdier skal få råde. Dette kommer kanskje tydelig til syne når Neto beskriver den universelle rett til et adekvat helsetilbud som en stor seier: "...[dette] plasserte den brasilianske grunnloven blant verdens mest fremskredene når det gjelder retten til helse" (ibid.:13). SUS skal representere det moderniserte og fremadstormende Brasil. Korrupsjon, hierarkier og personlig favorisme innenfor det offentlige betraktes derfor ikke bare som udemokratisk, men tilbakeliggende og hemmende for utviklingen mot et bedre samfunn.

Et demokratisk helsevesen

Men hva ligger så i det ”demokratiske alternativet” til militærdiktaturets helsevesen?

Aspekter ved dette spørsmålet og relaterte problemstillinger vil jeg stadig komme tilbake til i oppgaven, men jeg vil her kort peke på noen betingelser Neto mener må ligge til grunn for en slik prosess.

For det første må man betrakte ”helse” som et resultat av ulike forhold i menneskers liv. Han hevder at det ikke bare er snakk om medisinsk assistanse, men en rekke ulike forhold som tilgang til arbeid, utdanning, bo- og sanitærforhold, ernæring, adekvat transporttilbud, kultur- og fritidstilbud i tillegg til tilgang til ”et verdig helsesystem” (ibid.). Dette betyr at SUS legger opp til at staten og samfunnet betrakter helsespørsmål i en bred kontekst. Følgelig vil helserelaterte spørsmål være viktige aspekter av det Neto kaller generell økonomisk og sosial utvikling. For Brasils tilfelle oppnås denne utviklingen blant annet ved å gå vekk fra et autoritært militærdiktatur som har utspilt sin rolle og over til et desentralisert demokrati, hevder han.

Disse perspektivene er ikke unike for Brasil, men er snarere en refleksjon av Alma-Ata erklæringen som ble formulert av *World Health Organisation* (WHO) under toppmøtet for *International Conference on Primary Health Care* i Sovjetunionen i 1978. I erklæringens første artikkel hevdes det at sosiale og økonomiske sektorer er fundamentale aktører for å bedre folkets helse. Dette poenget utdypes i erklæringens artikkel tre som hevder at "*Economic and social development, based on a New International Economic Order*"³³, is of basic importance to the fullest attainment of health for all...". Helse defineres i erklæringens første artikkel som "*a state of complete physical, mental and social wellbeing, and not merely*

³³ Ny Økonomisk Verdensorden (NØV) ble lansert av 77-lands gruppen (G77) i 1974 i FNs 6. spesialsesjon om råvarer og utvikling hvor de ønsket å endre den økonomiske avhengighetsrelasjonen mellom fattige og rike land.

the absence of disease or infirmity".

Alma-Ata erklæringen og SUS vektlegger det demokratiske aspektet, og poengterer at man som borgere av staten også har rett til å delta i utformingen av helsevesenet. Dette er en annen forutsetning som Neto mener er viktig for et demokratisk helsevesen. Som en konsekvens av dette, har SUS de siste årene gjennomgått en omfattende desentralisering hvor man prøver å opprette lokale "helseråd" på ulike nivå (*bairro* (bydel), *município* ('kommune'), *estado* ('stat')) og samtidig gi lokale administrasjonsheter større beslutningsmyndighet. For det tredje, skriver Neto, blir det også viktig gjennom SUS at helsetilbudet oppfattes som en grunnleggende menneskerettighet, slik det også er artikulert i Alma-Ata erklæringens første paragraf. Det er en tilskrevet rettighet, og ikke en ervervet rettighet. Evne eller vilje til å betale visse avgifter og forsikringer slik det var under militærdiktaturet, skal ikke være bestemmende for tilgangen på adekvate helsetjenester. Menneskene skal ha tilgang til helsetilbud i kraft av sin blotte eksistens.

I denne framstillingen av de grunnverdier man ønsker å bygge SUS på, vil jeg gjøre oppmerksom på hvordan helse relateres til generell økonomisk og sosial utvikling, demokratisk deltakelse og oppfatningen av tilgang på et tilfredsstillende helsevesen som en grunnleggende menneskerettighet. Det er også disse idealene som ligger til grunn for utarbeidelsen og implementeringen av PSF.

Antropologiske problemstillinger

Innenfor medisinsk antropologi er det en lang tradisjon i å betrakte hvordan de vestlige medisinske systemer utfolder seg i møte med "de andre". I en artikkel som diskuterer teoretiske perspektiver innenfor medisinsk antropologi, peker Soheir A. Morsy på hvordan denne grenen av fagdisiplinen i begynnelsen var opptatt av å identifisere dissonans mellom

biomedisinske perspektiver og andre (*indigenous*) perspektiver på sykdom og helbredelse (i Sargent & Johnson, 1996:24). I møte med denne problemstillingen er det viktig å være klar over at São Pedro er en relativt ny bydel som har oppstått som en konsekvens av urbanisering og okkupasjon av jord på begynnelsen av 80-tallet. Innbyggerne kommer fra ulike deler av Espírito Santo og nabostatene Rio de Janeiro, Minas Gerais og Bahia. Selv om vi kan finne en rekke alternative oppfatninger av helse og sykdom til det som presenteres gjennom helsevesenet, kan det være noe misvisende å knytte disse opp mot lokalitet framfor andre sosiale markører som familie, menighetsfellesskap, utdanningsnivå eller klasse.³⁴ Av hensyn til plass og den relativt heterogene bakgrunnen beboerne i São Pedro har, kommer jeg ikke til å behandle denne problemstillingen i form av å sammenlikne lokale og vestlige helsesystemer og tilhørende kurative og terapeutiske prosesser.

Som beskrivelsen av det offentlige helsevesenet over gir signaler om, kommer denne oppgaven til å konsentrere seg om hvordan helsevesenet er med på å formidle en rekke verdier. På mange måter er det ikke bare São Pedro, men også det offentlige helsevesenet i Brasil som institusjon som er gjenstand for et nærmere studie her. Vi kommer til å se på hvordan det offentlige helsevesenet utfolder seg i en konkret sosial kontekst, hvor den medisinske kunnskapstradisjonen i varierende grad påvirker og styrer interaksjonen mellom profesjonelle og brukere. Gjennom begrepet "*the making social of disease*", har Ronald Frankenberg pekt på et perspektiv hvor den sosiale konteksten de kurative prosesser opptrer i gjøres relevant (Frankenberg 1980). Her blir legens hudfarge, helsearbeidernes hvite klær, aktørenes kjønn, klasse og sosiale hierarkier relevante perspektiver (se også kapittel 5 og 6). Han hevder at "*neither black woman nor white professional male steps outside society when they step into the consulting room*" (ibid.:199). Med dette ønsker han å belyse hvordan ulike

³⁴ Selv om de fleste i São Pedro tilhører lavinntektsgrupper eller betegnes som "fattige", finnes det flere familier og hushold med solid og stabil økonomi. Derfor finnes det også innad i São Pedro et tydelig klassehierarki.

helsesystemer og administrasjonen av disse kan fungere som uttrykk for, eller inneholde, normer, verdier verdensanskuelser innen et samfunn. Frankenberg henviser til Alan Young, når han fokuserer på hvordan "sickness episodes are dramatic 'games' which create, recreate and confirm social ideologies in all their contradictoriness" (ibid.:198). Corlien M.

Varkevisser gir eksempler på dette og viser til hvordan ulike europeiske profesjonelle helsearbeidere innenfor det som kan betraktes som et vestlig biomedisinsk helsevesen kan diagnostisere og respondere på ulike plager på ulike måter avhengig av deres kulturelle bakgrunn (i Ruijter & Tijssen 1995:202). En sykdomsepisode blir med andre ord synlig i en sosial virkelighet, og utfolder seg og behandles dermed i relasjon til denne.

Det er derfor viktig å være klar over at vi kommer til å bli kjent med hvordan det medisinske kunnskapssystemet som er en del av reformen som studeres her er uløselig knyttet til den offentlige forvaltning. Å komme med generelle konklusjoner om biomedisinske kunnskapstradisjoner på bakgrunn av det som belyses i denne oppgaven, må således ta høyde for den sosiale konteksten det utfoldes i. Innenfor det private helsevesenet ville kanskje en god del av funnene sett annerledes ut. Et grunnleggende antropologisk perspektiv som blir benyttet i denne oppgaven, dreier seg altså om hvordan sykdom blir "made social", slik det er beskrevet over. Hvordan "social ideologies" uttrykkes i den samhandlingen som foregår mellom helsearbeidere og dets brukere (eller mottakere). Fokuset dreier seg ikke bare om ulike syn på sykdom og helse, eller hvordan helsevesenet kan betraktes som en egen kultur i opposisjon til den lokale kulturen. Helsevesenet blir i denne avhandlingen sett på som en del av den konkrete sosiale konteksten den opptrer i, hvor den både former og formes av ulike sosiale forhold. Her blir det relevant at helseforvaltningen er finansiert og styrt av det offentlige, hvilke personer som er deltakere i den daglige interaksjonen mellom helsevesenet og de demografiske og sosiale forholdene i São Pedro.

I sine visjoner er SUS eksplisitt oppmerksom på hvordan dets suksess er avhengig av dype sosiale endringer hvor demokrati og borgerrettigheter må betraktes som grunnleggende komponenter i den daglige forvaltningen av det offentlige helsevesenet (Neto 1994). Det som blir interessant for oss, er dersom vi med disse perspektivene i minnet går tilbake til DaMatta og hans skildring av egalitære og holistiske samfunn slik de er presentert innledningsvis. I følge DaMatta vil vi ved å analysere sosial interaksjon (eller det han kaller ”*social dramas*”³⁵ og daglige ”ritualer”) i brasilianske samfunn kunne registrere to ulike koder for adferd, hvor det holistiske universet har en tendens til å inkludere de egalitære aspektene. I beskrivelsen av SUS over, har jeg forsøkt å vise hvordan det er basert på et egalitært perspektiv på samfunnet. Individene er likestilte (*equal*) og deres rettigheter er ikke avhengig av personlige kontakter, økonomiske forutsetninger eller sosiale hierarkier. Samtidig som disse kvalitetene beskrives som moderne, kan man ofte spore en erkjennelse av at disse ”moderne” kvalitetene ikke er tydelige i brasilianske samfunn, nettopp fordi personlige kontakter og hierarkier er en del av hverdagen. Derfor kan implementeringen av SUS også betraktes som et prosjekt hvor man ønsker å endre grunnleggende koder for atferd ved at man vil basere samhandling på demokratiske og egalitære verdier.

Her kan det være nyttig å peke på at Nustad & Kaarhus (2002) minner om at både NORAD-prosjekter og framveksten av den norske velferdsstaten kan betraktes som utvikling. I det siste tilfellet kan man snakke om ”immanente prosesser, om prosesser som folder seg ut over tid” (ibid.:6), mens et NORAD-prosjekt kan beskrives som et intensjonsstyrt program som har til hensikt å skape endring. En språklig sammenkobling av disse to perspektivene gjør at det oppstår en antakelse om at de intensjonelle programmene som avsluttes når målene er oppnådd, leder til en mer generell utvikling av samfunnet. Dette blir særdeles tydelig i et

³⁵ DaMatta bruker begrepet ”social drama” noe annerledes enn slik det er formulert av Victor Turner selv om han eksplisitt henter dette begrepet fra Turner (se DaMatta 1991: 159ff).

studium av PSF. De intensjonelle målene om lavere barnedødlighet, færre tilfeller av hypertensjon og bekjempelse av febersykdommer som *dengue*, gjennomføres på en måte som baserer seg på endringer i befolkningens oppfattelse av borgerrettigheter, demokrati og likhet. Implementeringen av PSF kobles dermed opp mot en dypere utvikling og sosiale og politiske endringer som må ses over tid. Skal vi tro den tidligere helseministeren Beltrão er ikke dette noen enkel oppgave fordi de offentlige tjenester sliter med ” fastgrodde vaner og fordommer nedarvet fra vår koloniale fortid...” (Ministério da Saúde 1997)

En viktig problemstilling blir å spørre hvordan helsevesenet, basert på perspektiver som kan betraktes som egalitære i sin karakter, opptrer i en sosial kontekst hvor hierarkier og personlige relasjoner har en tendens til å dominere interaksjonen? På bakgrunn av det som er skrevet hittil, ligger det klare føringer i en slik spørsmålsformulering og en implisitt antakelse om at møtet mellom helsevesenet og beboerne i São Pedro kan belyse disse aspektene.

Videre må vi spørre hvorfor det da er relevant å studere akkurat denne helsereformen. PSF er et viktig redskap for myndighetene til å komme tett inn på og inn i hjemmene til befolkningen. Rent praktisk kan ”demokratiseringsprosjektet” vanskelig gjøres tydeligere. Det egalitære universet, ”gaten”, slik DaMatta kaller det kommer bokstavelig talt inn i ”hjemmet” hvor samhandling skal foregå. Som vi skal se, har mottakerne, borgerne eller brukerne av helsevesnet begrensede muligheter til å unngå kontakt med den lokale helsestasjonen. Dette skaper mange interessante antropologiske problemstillinger; hvordan samhandler man i denne konteksten hvor hjemmet og gaten møtes, og ikke minst, hvordan kommuniserer de ulike formidlere av helsevesenet med brukerne. Spesielt interessant blir de såkalte ”helsekontaktene” som både er naboer, venner og slektninger i tillegg til representanter for den offentlige forvaltning. Når vi studerer helsevesenet på den måten denne oppgaven gjør, beveger vi oss mellom ulike perspektiver. På den ene siden er de store

kosmopolitiske perspektivene på menneskerettigheter og retten til helse og nasjonalstatens demokratiserings- og moderniseringsprosjekter. På den andre siden har vi de daglige ”ritualer” (se DaMatta i innledningen) og de praktiske møtene mellom helsevesenet og befolkningen i São Pedro. Det empiriske materialet er i stor grad hentet fra en konkret lokal kontekst. Å henvende oss til Frankenberg og hans begrep om ”the making social of disease”, vil derfor hjelpe oss til å identifisere noen prosesser som kan vise hvordan ulike koder for atferd er med på å gjøre den lokale helsestasjonen til en deltaker og aktør i et lokalt fellesskap.

I en studie av hvordan PSF fungerer, blir derfor sosialantropologi og kvalitativ metode et særdeles nyttig redskap. Å samholde de offentlige intensjonene og statistikkene med de daglige prosesser av problemløsning og interaksjon mellom individer kan være med å kaste lys over hvilke verdier, normer og prioriteringer som er med på å forme den sosiale virkelighet PSF implementeres i, og som den er ment å skulle påvirke. Ideer og prinsipper som er nedfelt i intensjonene endres, påvirkes og påvirker gjennom dialog og samhandling. Fordi PSF også er ment å skulle operere i folks hverdag, som et forebyggende tiltak, åpner det for å studeres nettopp gjennom kvalitative metoder som i stor grad kjennetegner sosialantropologi som fagdisiplin. Implementeringen av PSF krever, i følge Neto, store sosiale endringer og det blir derfor interessant å studere PSF nettopp der disse endringene er ment å skulle forekomme, i lokalsamfunnets dagligliv.

Konklusjon

Innenfor sosial antropologi og medisinsk antropologi, genererer temaer som sykdom og helbredelse, ulike helsesystem og helsetradisjoner samt studier av det offentlige helsevesenet en lang rekke ulike perspektiver og tilnærminger. For å i det hele tatt kunne si noe relevant om disse temaene har det derfor vært nødvendig å foreta en avgrensning i forhold til hvilke

prosesser denne avhandlingen konsentrerer seg om. Utgangspunktet har vært det faktum at staten figurerer som en garantist for at hele den brasilianske befolkning skal ha tilgang til et adekvat helsetilbud. Derfor har det vært nødvendig å ta utgangspunkt de intensjoner og idealer som ligger bak dagens helsevesen *Sistema Único da Saúde* (SUS). Ved å gjøre dette har vi fått belyst ikke bare det ideologiske grunnlaget, men også fått utdypet hvordan man kan betrakte implementeringen av SUS og *Programa da Saúde da Família* (PSF) som et moderniserings- og demokratiseringsprosjekt. Militærdiktaturet har blitt brukt som en historisk og ideologisk referanse for å tydeliggjøre SUS' intensjoner og hvilke forhold som utkrystalliserer seg som utfordringer for å få gjennomført denne prosessen. Dermed ser vi også hvordan helsevesenet ikke bare henger sammen med internasjonale diskurser (Alma-Ata erklæringen), men også nasjonale politiske reformer. Ved å henvende oss til Frankenberg's begrep om hvordan sykdom og kurative tiltak er prosesser som opptrer i en konkret sosial kontekst, er det dessuten blitt mulig å se hvordan disse kosmopolitiske perspektivene og det lokale uttrykket gjør sykdommen ”social”. Når vi så skal betrakte spørsmål om befolkningens tilnærming til helsevesenet, er det like mye snakk om deres tilnærming til myndigheter, ideologier, verdier og sosiale hierarkier som det er snakk om tilnærming til det biomedisinske helsesystemet. At det er det offentlige helsevesenet og ikke det private som studeres her, er altså ikke uten betydning.

Hittil har fokuset i hovedsak dreid seg om de idealene og intensjonene SUS og PSF bygger på. Med bakgrunn i annen antropologisk teori fra Brasil, er det også blitt stilt spørsmål til om det ikke kan være problematisk å implementere disse idealene i en virkelighet som er basert på andre koder for adferd (se spesielt Hess & DaMatta 1995). Forut for dette kapittelet lot jeg leseren bli litt kjent med São Pedro og bydelen der PSF implementeres. Ved å ta utgangspunkt i fortellinger om helsevesenet har jeg også forsøkt å illustrere noen av de konfliktene som kan oppstå i interaksjon mellom helsevesenet og beboere i São Pedro. Dette

kapittelet har rettet oppmerksomheten eksplisitt mot det offentlige helsevesenet og jeg håper det kan danne en relevant bakgrunn for den videre analysen i oppgaven når jeg i de neste kapitlene vender tilbake til den sosiale kontekst som PSF implementeres i: dagliglivet i São Pedro.

4 Arbeid, kjønn og helse

I dette kapittelet vil jeg som sagt komme tilbake til den sosiale konteksten helsevesenet implementeres i. Fordi det ikke er faglig forsvarlig eller mulig å gi en uttømmende beskrivelse av det totale sett av sosiale relasjoner i São Pedro, har jeg valgt å begrense meg til å beskrive hvordan *arbeid* som praktisk og ideologisk fenomen kan være en viktig faktor når det gjelder relasjonen mellom helsevesenet og dets potensielle brukere. Jeg vil følgelig stille spørsmål til om arbeid, evnen til å arbeide og å forsørge i São Pedro kan forstås utover økonomisk overlevelse. Som både et praktisk og ideologisk fenomen vil jeg peke på hvordan det kan være knyttet opp blant annet mot kjønnsidentitet og ha konsekvenser for møtet mellom PSF og dets potensielle brukere. Jeg opplevde at *arbeid* som fenomen la så tydelige føringer for hvordan kommunikasjonen og interaksjonen i forhold til PSF og helsevesenet ble formet, at det er verd å vie det noe oppmerksomhet. I det følgende vil jeg ikke gjøre skille mellom formelt og uformelt arbeid dersom det ikke er nevnt eksplisitt.

Arbeidets uforutsigbarhet

I mange urbane sosialantropologiske studier i Latin-Amerika har man rettet oppmerksomheten mot ulike strategier for økonomisk overlevelse blant lavinntektsgrupper (Roberts et al. 1987). De store demografiske endringene og klare tendensene til urbanisering og befolkningskonsentrasjon i de store byene, har ført til at mange har måttet finne nye måter å tilpasse seg omgivelsene på. Studier av endringer av sosiale relasjoner og hvor viktige disse er, har blitt diskutert ettersom ulike studier vektlegger forskjellige tendenser. I en studie som Gavin A. Smith foretok i Lima, vektlegger han den usikkerheten som er knyttet til de ulike formene for inntektservervelse i byene, og hvordan migranter etterhvert opparbeider seg flere inntektskilder. Disse er spredt både profesjonsmessig og geografisk, hvor relasjoner og økonomiske bånd til landsbygda også benyttes (ibid.). I en studie i Guatemala City, viser

Roberts til hvordan sosiale relasjoner endres i en kontekst hvor arbeidsøking og planlegging av yrkeskarrierer dominerer. Den mobiliteten som oppstår ved at ulike individer går ulike veier gjør det vanskelig å opprettholde sterke og stabile relasjoner. De blir ikke nødvendigvis reproduisert gjennom yrkeskarrieren, men kan utnyttes på lik linje med andre tilgjengelige ressurser (ibid.). Andre studier (Lomnitz i Roberts et al. 1987) viser til hvordan dynamiske sosiale nettverk i byene i noen grad absorberer den sosiale usikkerheten som man ofte møter der. Vi ser imidlertid gjennom de fleste studiene at tilværelsen for lavinntektsgrupper i storbyene ofte beskrives som økonomisk usikker og i alle tilfeller innebærer den en radikal endring eller sterk modifisering av tidligere strategier for overlevelse.

Arbeid i São Pedro

- Ah, eu vou plantar é muito arroz aqui...

- Ah, her skal jeg plante mye ris...

O sonho durou poucas horas. Logo a maré alta encobre o sonho de agricultor, mas a adaptação à nova realidade acontece.

Drømmen varte bare noen timer. Tidevannet dekket like etter jordbrukerens drøm, men tilpassingen til den nye virkeligheten ble født.

Utdraget sitert ovenfor er å finne i *Secretaria Municipal de Cultura* sitt hefte om São Pedro hvor de første som kom til området bygde sine brakker i mangroveskogen der tidevannet jevnlig dekket den gjørmete grunnen. Utdraget kan fortelle oss at São Pedro er en del av den latinamerikanske fortellingen om industrialisering og urbanisering hvor det tradisjonelle jordbruket ikke lenger kan fungere som fundament for økonomisk overlevelse. Har man kommet til São Pedro, har man også ankommet storbyen hvor en må søke etter andre overlevelsestrategier. Jordbrukerens drøm varte ”bare noen timer”.

Før jeg kommer inn på relasjonen mellom helsevesenet og arbeid i São Pedro, er det nødvendig å si litt generelt om hvilke muligheter for arbeid og inntektservervelse kan en finne

i bydelen. Jeg vil peke på tendenser og vektlegge arbeid som fenomen framfor en framstilling av ulike strategier for økonomisk overlevelse. Studien jeg gjennomførte dreier seg også hovedsakelig om helsevesenets møte med befolkningen, og jeg mangler derfor detaljerte data om den økonomiske sektor.

De fleste av de jeg møtte var aktive i det vi kjenner som den uformelle økonomiske sektor (Hart 1973). Rent juridisk kan man kalle denne økonomiske aktiviteten for illegalt eller ”svart” arbeid. Man opererer svært sjelden med noen form for kontrakt, men heller gjennom muntlige avtaler og løfter om lønn og utbetaling. Mange var ansatt som bygningsarbeidere, sjåfører eller man drev små ”firmaer” og butikker. Det var også enkelte som livnærte seg gjennom fiske, sanking av skjell, krabber og reker. Dette ble imidlertid ofte sett på som en siste utvei og det var som regel de fattigste som hadde dette som eneste inntekt³⁶.

Mange av de jeg snakket med representerte den store tilgangen på ufaglært arbeidskraft i Vitória som var overdimensjonert i forhold til behovet. Arbeidsløshet og konkurranse om de jobbene som fantes førte også til at arbeidere var lette å skifte ut. Denne situasjonen hvor man sjelden opererte med arbeidskontrakter og ofte ikke var garantert jobb utover det prosjektet de holdt på med i øyeblikket, gjorde at arbeid som regel var av temporær eller uforutsigbar art. Denne usikkerheten gjorde videre at mange valgte å jobbe så mye de kunne fordi man ikke visste hvor lenge de hadde mulighet til å jobbe. Hvordan formidling av jobber generelt foregikk har jeg ikke nok data for å si noe konkret om, men Ivanilton, en informant jeg ble godt kjent med og som jobbet mest i bygningsbransjen fortalte at han som regel fikk jobb gjennom bekjente og personlige relasjoner til potensielle oppdragsgivere. Å vise at man var tilgjengelig og dyktig var i hans tilfelle ikke bare viktig for det aktuelle oppdraget, men også for framtidige oppdrag. Han mente at det var viktig for ham og at det

³⁶ Én arbeidsledig beboer klaget over mangelen på jobber og lurte på om han var nødt til å begynne å fiske. Man kan også se hvordan de dårligste husene, *barracos*, ligger langs vannet med kanoer trukket opp på bredden

gav konkurransefortrinn at det gikk rykter om hans dyktighet og at oppdragsgiverne anbefalte ham videre.

Den praktiske og umiddelbare usikkerheten på arbeidsmarkedet ble forsterket av en usikkerhet i et mer langsiktig perspektiv. I og med at inntekten ikke ble registrert eller ble beskattet, betalte arbeiderne i den uformelle økonomiske sektor heller ikke avgift til *Instituto Nacional do Seguro Social* (INSS). Dette er en avgift som skal garantere sosial assistanse som sykepenger, pensjon og annen økonomisk hjelp ved for eksempel arbeidsuførhet. Det var derfor ikke unormalt å gjøre slik som vekten på helsestasjonen gjorde. Han hadde jobbet største delen av livet som fisker og hadde følgelig aldri betalt skatt eller avgifter på sine inntekter. For å sikre alderdommen hadde han nå tatt jobb i *prefeitura* ('kommuneadministrasjonen') som vekter, men han så uten tvil fram til å kunne slutte i 2003. Da har han tjent opp nok til å kunne trekke seg tilbake og motta pensjon fra staten fordi han gjennom formell skattepraksis har betalt en minstesum til INSS. Ivanilton hadde derimot ikke noen ambisjoner om å få en av de lavtlønnede statlige jobbene på sine eldre dager. Han smilte ironisk og sa at han fikk klare seg uten inntekter i alderdommen, slik han klarte seg uten inntekt når han var syk.

Når arbeidssituasjonen og inntekten i mange hushold er så ustabil som beskrevet over, er det naturlig at mer permanente og formelle arbeidsforhold kan skape større forutsigbarhet i hverdagen. De jobbene som var aktuelle for folk flest i São Pedro var imidlertid lavtlønnede statlige jobber eller andre dårlig betalte jobber som ikke stilte høye krav til utdanning. Den offisielle minimumslønnen ligger på 180 *reais* (ca. 70-80 US\$), og for eksempel en helsekontakt hadde en nettolønn på mellom 229 og 250 *reais* (mer eller mindre 100 US\$) i månenden. Variasjonen avhenger av om den ansatte har små barn. Når de jeg snakket med som hovedsakelig levde på inntekter fra den uformelle økonomiske sektor kunne fortelle at de i en god måned kunne regne med månedlige inntekter på mellom 400 og 1000 *reais*, var det

mange som heller ville satse på en yrkeskarriere med bedre lønninger enn å leve med ordnede arbeidsforhold men lav lønn. Selv om det hadde vært større tilgang på jobber i den formelle økonomiske sektor, er imidlertid de lave lønningene og manglende evne til å følge inflasjonen³⁷ noe som bidrar til at annet arbeid innenfor den uformelle sektor kan virke mer forlokkende. De lave lønningene var også et samtaleemne som ofte ble debattert blant de ansatte på helsestasjonen.

Mitt første poeng er altså å vise hvordan tilgangen til arbeid og inntektservervelse er en betydelig usikkerhetsfaktor i hverdagen i São Pedro og at for mange oppleves husholdets økonomiske situasjon uforutsigbar. Dette henger naturlig nok ikke bare sammen med lokale forhold, men også den generelle økonomiske situasjonen i Brasil som stadig preges av større eller mindre kriser. Denne usikkerheten gjør at mange arbeider mye når de har muligheten til det, fordi man ofte ikke vet hvordan den økonomiske situasjonen endrer seg.

Gaten og hjemmet

Aínda no nosso meio a mulher fica na casa, ne?	Hos oss er kvinnen fremdeles i hjemmet, ikke
O homem sai, ne? A mulher na noite tem casa, o	sant? Mannen går ut. Om kvelden har kvinnen
homem está no bar, ne? Não é como o	hjemmet, mannen er på baren, ikke sant? Det er
Afganistão, mas também não é como a Noruéga,	ikke som i Afganistan, men heller ikke som i
de jeito nenhum...	Norge. På ingen måte...

Sitatet er hentet fra et intervju med en lege jeg ble kjent med i Vitória. La oss her bruke det som utgangspunkt for å se hva som skjer når kvinnene vil gå ut i det mannsdominerte arbeidslivet.

³⁷ Kvinnen jeg bodde hos under feltarbeidet jobbet som sosialassistent i det statlige helsedepartementet. Hun klaget over lønnen og viste meg samtlige lønns slipper for de siste syv årene. Lønnen hadde ikke økt til tross for en dramatisk devaluering av *real*. I 1997 var kursen ca 1-1 mot 1 US\$. Da feltarbeidet ble utført, var den som sagt ca 2,5 mot 1 US\$

Gianni blir lønnsmottaker

Gianni har jobbet som helsekontakt siden PSF ble implementert i São Pedro. Hun har bodd i området siden 1991, og jobbet lenge som frivillig på helsestasjonen som ble drevet av *Igreja Batista* (Baptistkirken) før hun søkte om jobb og begynte som helsekontakt i mars 1999. Veien mot fast arbeid var imidlertid ikke uten problemer. Tidligere var hun offisielt sett hjemmeværende med barn, mens mannen hennes var blant de få menn jeg møtte som var formelt ansatt og hadde fast jobb. Han jobbet innen byggebransjen blant annet med landmåling for store industrifabrikker som Aracruz Celulose. Da Gianni var hjemmeværende jobbet hun imidlertid med å selge en rekke artikler som parfyme, *chup-chup* (saftis) og klær til folk i nabolaget. Dette var ikke bare en økonomisk aktivitet som var ukjent for myndighetene, men den var også ukjent for hennes mann. Hun fortalte at han ikke likte at hun skulle jobbe og tjene penger, så hun skjulte derfor aktivitetene for ham. Imidlertid oppdaget han at det lå masse klær under en av madrassene i huset og spurte kona hvor de hadde kommet fra. Dette ble begynnelsen på en prosess for Gianni, hvor hun bestemte seg for å bestride mannens ideer om at kvinnen skulle holde seg unna arbeidslivet og ikke ha ansvar for å bidra økonomisk til husholdet. Hun fortalte at i den påfølgende krangelen hadde mannen hennes kommet med flere argumenter som blant annet at salg var risikabelt fordi man aldri visste om folk betalte for seg. Gianni svarte derimot at hun aldri solgte uten å motta betaling med en gang. Hun ville ikke bare være hjemme og ikke bidra med noe, fortalte hun. Muligheten til å bidra økonomisk var viktig for henne. Det frivillige engasjementet på Baptistkirkens helsestasjon var spennende, men ikke givende nok ettersom det ikke gav henne noen lønn. Senere kom tilbudet om å jobbe som helsekontakt på den kommunale helsestasjonen. Da hun fremmet forslaget for mannen om å søke på denne jobben, var han imot at hun skulle gjøre det. Han mente at huset ikke kunne bli stående tomt i løpet av dagen, fordi det da kunne bli utsatt for tyveri og overgitt til mulighetene til at fremmede kunne ta seg

til rette. Allikevel fortsatte hun prosessen med å søke jobben, og hun fortalte hvordan hun blant annet måtte ta med seg barna på opptaksprøver og jobbintervjuet. Selv om mannen hadde protestert kraftig på at hun skulle forlate huset i løpet av dagen og bli fast lønnsinntaker, trosset hun hans forsøk på å pålegge henne å være hjemme mens hans jobbet.

I dag har hun jobbet som helsekontakt i over tre år og forteller at mannen for lengst har godtatt situasjonen slik den er. Barna går i barnehage og på skole og hun hevder at de klarer seg hjemme de få timene hun ikke er der. Allikevel har hun fremdeles hovedansvaret for daglig stell av hus og hjem.

Sosiale rom

Historien om Gianni og hvordan hun ble fast lønnsinntaker kan brukes som utgangspunkt for å illustrere relasjonen mellom *rua* (gaten) og *casa* (hjemmet/huset) slik det er beskrevet i innledningen. Uten å falle helt innenfor alle verdier og fasetter som er blitt tillagt dette begrepsparet, kan konflikten mellom Gianni og mannen uttrykke hvordan disse stedene også kan ses på som sosiale rom og uttrykk for kjønn og identitet. Vi skal komme tilbake til Gianni etter at jeg har gjort litt mer rede for hva disse begrepene kan inneholde.

Gilberto Freyres (1963) bruker liknende begreper når han beskriver føydalske strukturer i Brasil (*casa grande*) i relasjon til den urbane moderniseringen med påfølgende idealer om likhet og demokrati (*rua*). Freyres' bruk av metaforene kan forstås som en vektlegging av ulike typer sosiale relasjoner hvor vertikale lojalitetsbånd innenfor et hierarkisk samfunn interagerer med mer egalitære og demokratiske idealer. Scheper-Hughes (1992) bruker begrepene *rua*, *casa* og *mata* (skog) for å beskrive det hun opplever som klassebasert konflikt mellom føydalisme og kapitalisme, mellom "småfolk" og "de store" i studier av brasiliansk plantasjeindustri. Tidligere har jeg referert til Roberto DaMatta og en mye brukt forståelse av begrepene *casa* og *rua* som kan sies å bunne i to typer individ- og hierarkiperspektiver og

møte mellom egalitære og holistiske idealer. Jeg skal ikke gjenta hele diskusjonen som allerede er presentert, men bare nevne noen aspekter for å lettere illustrere hvordan konflikten mellom Gianni og mannen kan ses i en større sammenheng som også er med på å gjøre arbeid og helsevesenet ”kjønnet”.

Hjemmet, *casa*, representerer som nevnt et perspektiv på aktørene som kan sies å være holistisk i sin karakter. Personer defineres i stor grad ut fra sin relasjon til andre personer innenfor et tilskrevet hierarki basert på kvaliteter som klasse, familie, kjønn, rase, alder eller religion. I det følgende vil jeg også spørre om ikke *casa* i noen tilfeller kan forstås som en kvinnelig, eller nærmere bestemt *moderlig* eller *ekteskapeilig* sfære, noe som DaMatta også er med å påpeke (DaMatta 1991:65). På den andre siden finner vi gaten, eller *rua*, hvor markedsplassens egalitære og individualistiske prinsipper får dominere. Her betraktes individene ideelt sett som likeverdige og identiteter som kjønn, klasse, alder, etc. blir irrelevante eller underkommuniseres. *Casa* og *rua* kan dermed betraktes som symboler på ulike univers som betinger ulike tilnærminger til individene. Jeg vil ikke hevde at man kan kategorisere noen samfunn på hver sin side av disse polariserte dikotomiene, men snarere heller påstå at man i alle samfunn vil finne større eller mindre grad av begge tendensene. DaMatta er som sagt opptatt av å studere møtet mellom disse ”universene” og hevder at å betrakte det brasilianske samfunnet som et samfunn hvor både *casa* og *rua* interagerer, former hverandre og til dels eksisterer i et slags symbiotisk forhold, er med på å hjelpe ham med å kaste lys over ”den brasilianske nasjonalidentiteten”. Han argumenterer for et ”både-og-perspektiv” hvor man må betrakte sosiale dynamikker som resultat av et samfunn som inkorporerer begge aspekter. I noen tilfeller vil det oppstå konflikter mellom de ulike perspektivene, men begge kan av samme person betraktes som legitimt grunnlag for adferd. For øvrig diskusjon henviser jeg til innledningen.

Casa og *rua* er altså med på å gi aktørene ulike muligheter for sosial adferd, en valgmulighet som både kan fange og frigjøre aktørene. La oss gå tilbake til Gianni og mannen hennes og deres uenighet om Gianni sin yrkeskarriere.

Feminine og maskuline univers

Et viktig moment i historien om Giannis inntreden i det formelle arbeidslivet er hvordan hennes aspirasjoner om egen inntekt leder til konflikter med mannen. Denne konflikten som resultat av bruddet med ”status quo” kan betraktes med bakgrunn i kjønnsroller og forestillinger om maskuline og feminine rom.

La oss først se på hva Gianni ønsket å forlate. Hun var hjemmeværende og hadde dermed ansvaret for den daglige driften av hjemmet (*casa*). Hennes rolle i familien var definert til å vise omsorg og ta seg av barna, holde rent og sørge for at maten sto på bordet når den skulle. Hun jobbet som frivillig på baptistkirkens helsestasjon (hvor hun viste omsorg og pleie) og beholdt ovenfor mannen et inntrykk av å være en kvinne som holdt seg til de oppgaver som han forbandt med kvinnens posisjon. På norsk ville vi brukt den noe passive betegnelsen ”hjemmeværende” på hennes sosiale status, mens det på portugisisk har en noe mer aktiv betegnelse: *dona da casa*³⁸. I løpet av de seks månedene og flere hundre besøkene jeg foretok i ulike hushold i São Pedro, observerte jeg aldri at noen menn var aktive i husarbeid. De kunne jobbe med bygging og praktiske reparasjoner i hjemmet, men ikke typisk husarbeid som matlaging, rengjøring eller klesvask og sjelden barnepass³⁹. Vi kan derfor anta at det å være hjemme og ta seg av daglige aktiviteter knyttet til driften av hjemmet kan forbindes med en feminin sfære, noe som også kan underbygges av annen sosialantropologisk

³⁸ Huseier, kvinnelig

³⁹ Se Matthew C. Gutmann (1996) for en diskusjon om den latinamerikanske *machismo* i relasjon til barnepass.

litteratur fra Latin-Amerika (se for eksempel Lobo 1982, Caney & Castro 1989, Jelin 1991).

Vi ser videre at hennes forpliktelser var sterkt knyttet til hennes kjønn og hennes sosiale posisjon var videre relatert til de oppgaver og forpliktelser som førte med hennes status som ektefelle og mor. Men det er også grunn til å anta at hun følte seg fanget og immobilisert av denne rollen i og med at hun i skjul for mannen var økonomisk aktiv og potensielt sett gjorde seg uavhengig av hans lønningspose. Hun ville være noe mer enn *dona da casa*. Det blir derfor også interessant å se hva Gianni strebet mot gjennom sine finansielle aspirasjoner.

Ved å tre ut av den feminine sfære truet hun også med å bryte den økonomiske avhengighetsrelasjonen til mannen. Den hierarkiske relasjonelle orienteringen som mannen ønsket å bygge husholdets arbeidsfordeling på sto i fare ettersom Gianni rent praktisk var i ferd med å forlate *casa* og gå ut i *rua*. Når hun uttrykket ønske om å ikke bare selge ulike artikler fra hjemmet, men i tillegg søke om formelt arbeid, uttrykket han bekymring for den daglige driften av hjemmet. Hans bekymring må forstås utover en praktisk frykt for at fremmede skal snike seg inn i et ubevoktet hjem. Gianni hadde allerede jobbet mange år på en helsestasjon og i så måte vært borte fra hjemmet over lengre perioder ved flere anledninger. En vesentlig forskjell lå nå i at hun skulle ta imot lønn for arbeidet. Videre var hun i ferd med å bli mer uavhengig, autonom og båndene til *casa* ble dermed tynnere. Gianni var i ferd med å etablere en rolle som arbeidstaker hvor egalitære prinsipper for rettigheter og plikter ideelt sett gjør hennes kjønn og rolle som mor og ektefelle irrelevant. Hun var dermed i ferd med å endre ”spillereglene” mellom seg selv og mannen fra å gå fra en hierarkisk relasjon til en mer egalitær situasjon hvor begge bidrar økonomisk til husholdets drift. Det å være arbeidstaker kan i denne sammenhengen betraktes som å gå over i arbeidets maskuline sfære hvor uforutsigbarheten dominerer over de definerte relasjonene i *casa*.

Legen jeg snakket med som er referert til gjennom sitatet på side 91, fortsatte sin framstilling av forskjellen på mannens og kvinnens arena ved å hevde at minst halvparten av

mennene på barene var gift. De kvinnene man møtte der var derimot så å si alle *solteiras* (ugifte), hevdet han. Om dette stemmer eller ikke, har jeg ikke grunnlag for å ta stilling til, men det kan fortelle oss litt om en viktig holdning til kvinnen. Vi kan se hvordan dette utsagnet er med på å forsterke en forestilling om at kvinner som begir seg inn på mennenes domener legger fra seg sine identiteter som knytter dem til hjemmet, identiteten som mor og ektefelle. I mennenes verden er de frie og uavhengige, de er *solteiras*.

Hensikten her er å vise hvordan det å være arbeidstaker i emisk perspektiv kan forstås som noe som hovedsakelig er husholdets maskuline aktivitet på samme måte som daglig drift av hjemmet hovedsakelig er en feminin aktivitet. Det maskuline univers inkluderer viktige aspekter som uavhengighet og en potensiell evne til å danne et tilstrekkelig økonomisk grunnlag for husholdet.

Her hviler mine antakelser også på mer enn historien om Gianni og mannen hennes. Når jeg gikk på besøk i hjemmene, registrerte jeg at arbeidsdelingen i hjemmet ofte var slik som den hadde vært for tre år siden hjemme hos Gianni. Mannen var den yrkesaktive mens kvinnen tok seg av den daglige driften av hjemmet.

For å ytterligere illustrere hvordan den egalitære sfære *rua* kan knyttes opp mot maskulin identitet og det hierarkiske *casa* mot den feminine sfære, vil jeg kort lede oppmerksomheten mot hvordan man titulerer arbeidsløse. Man bruker ofte i offisielle sammenhenger begrepet *desempregado/a*, men man møter like ofte begrepene *autônomo* og *dona da casa* på samme måte som vi på norsk gjerne bruker den aktive betegnelsen ”arbeidssøkende” istedenfor ”arbeidsløs”. Det første, *autônomo*, som betyr ”autonom”, brukes utelukkende om menn.⁴⁰ Vi ser at dette kommuniserer egenskaper som uavhengighet

⁴⁰ Brukes den feminine bøyningen *autônoma*, betyr det som regel kvinnelig selvstendig næringsdrivende, eller bare uavhengig.

og selvstendighet, eller de verdier som ovenfor er beskrevet som det egalitære verdiuniverset *rua*. Det er også en betegnelse som kan bety ”selvstendig næringsdrivende”. Dermed blir det et begrep som sier lite om hva personen egentlig holder på med, men det indikerer hovedsakelig at han ikke er underordnet en arbeidsgiver og dermed er uavhengig og fri. Tittelen *dona da casa* brukes utelukkende om kvinner for å beskrive at de er hjemmeværende eller arbeidsløse. Kvinnen knyttes her helt direkte opp mot hjemmet og gis en høy sosial status gjennom ærestittelen *dona*. Begge deler er med på å tydeliggjøre hvor hun skal utføre sine daglige oppgaver, og plasserer henne dermed som en definert person i et gitt hierarki, kanskje ikke ulikt det som er blitt beskrevet som *casa*.

Jeg vil komme mer tilbake til dette når jeg nå skal diskutere hvordan dette påvirker helsevesenets møte, eller manglende møte, med menn. Det er imidlertid essensielt å påpeke at jeg her har forsøkt å vise til tendenser og foretatt en viss grad av polariseringer. Jeg vil ikke påstå at menn i deres samhandling på arbeidsplassen ikke samhandler etter hierarkiske koder som kan tilskrives det som er blitt beskrevet som *casa*. Tvert imot vil jeg forvente at dette vil forekomme. Poenget mitt her er imidlertid å vise til at *rua/casa* relasjonen også kan forstås som en kjønnrelasjon som kan ha betydning for hvordan PSF i praksis implementeres i São Pedro.

Å møte helsevesenet

Ganske tidlig i feltarbeidet var det to forhold ved PSF som slo meg. Det ene var at helsestasjonen i likhet med de fleste norske helsestasjonene stort sett bare var åpne på dagtid og hadde mulighet til å treffe sine potensielle brukere kun på hverdager. Dernest registrerte jeg at den daglige driften rent statistisk involverte langt flere kvinnelig deltakere, både som pasienter og som profesjonelle. Med dette som utgangspunkt endte jeg derfor opp med å stille spørsmål til forestillinger om maskulinitet og femininitet i relasjon til PSF.

Praktisk organisering

Arbeid

Dersom vi ser på den praktiske organiseringen av helsestasjonen, ser vi at den for det første er åpen på hverdager mellom klokken 07.00 og 19.00. Legene og sykepleierne er imidlertid tilgjengelig mellom 08.00 og 17.00., og det var dermed egentlig ikke rom for å foreta konsultasjoner på kveldstid.⁴¹ Dette fører til en ikke ubetydelig konsekvens at man kun treffer de som av ulike grunner er hjemme på dagtid. Ofte når jeg gikk på hjemmebesøk sammen med helsekontakter eller helseteamene, kom vi til tomme hus hvor naboene kunne fortelle at beboeren(e) var på jobb. Andre ganger kunne en helsekontakt fortelle meg om et hus i hennes *microarea* hvor hun ennå ikke hadde klart å ta opp registrering av husholdet. Grunnen var at alle i huset jobbet mye og hun hadde ennå ikke møtt dem, til tross for at hun selv bodde i det samme nabolaget. Som en konsekvens av dette var det mange som ikke kom til helsestasjonen fordi de ikke hadde tid på dagtid, og de kunne av samme grunn ikke ta imot helseteam i hjemmet. Det blir derfor interessant å se hvem det var vi faktisk møtte i hjemmene.

I hushold som besto av én yrkesaktiv og én hjemmевærende, var det som sagt nærmest utelukkende menn som arbeidet ute. Kvinnene drev ofte små økonomiske aktiviteter i likhet med det Gianni hadde gjort tidligere, men dersom dette ikke innebar å forlate huset, definerte de ofte ikke dette som arbeid selv.⁴² Informasjon om helsevesenets aktiviteter foregikk derfor i disse tilfellene via kvinnen i huset. Man kan dermed anta at graden av suksess for informasjonsarbeidet som drives gjennom PSF i disse tilfellene var avhengig av kvinnens relasjon til de øvrige i husholdet. Et dramatisk eksempel på konsekvensene av dette er hvordan en mann som var smittet av lepra hadde sluttet å møte til konsultasjoner. Helseteamet besøkte ham hjemme, men traff bare kona som fortalte at han arbeidet hele dagen og ikke

⁴¹ Her bør det nevnes at spesielt én av legene ofte foretok konsultasjoner til 18.30- 19.00. Hun mente at hennes tildelte 20 minutter med hver pasient var alt for lite og sa at hun ville bruke den tiden hun (og pasienten) trengte.

hadde mulighet til å gå til helsestasjonen. Nå forklarte imidlertid sykepleieren på teamet at han var pålagt ved lov å underlegge seg behandling og at tilfellet med mannen hennes var svært alvorlig ettersom han jobbet med matservering. Kvinnen visste dette, men sa at han ikke ville høre på henne. I hele perioden jeg foretok feltarbeidet fortsatte han å jobbe og møtte ikke opp på konsultasjoner som ble avtalt via kona hans.

Arbeid fremstår dermed ofte som en praktisk hindring for å møte opp på helsestasjonen eller motta besøk fra helseteamene. Som nevnt er det en usikkerhetsfaktor i livet til det fleste innbyggerne i São Pedro, og en må vokte om de mulighetene som finnes for å skaffe seg en eller annen form for inntekt. I følge loven skal man riktignok få innvilget fri fra arbeidsgiver dersom man har behov for å gå til legen. Imidlertid var det som nevnt de færreste som hadde lovfestet arbeid i utgangspunktet og hadde dermed ikke rett til å kreve å få fri fra sin arbeidsgiver. Dersom de allikevel tok seg fri kunne de risikere at man etter hvert ble mindre attraktiv som arbeider og dermed miste jobben og framtidige oppdrag. Uansett risikerte de å miste inntekter den dagen de ikke møtte på jobb. Å være hyppig hos lege, være mye borte fra arbeidet kunne dermed ha alvorlig økonomiske konsekvenser for et hushold. Ivanilton, som hadde høyt blodtrykk og gikk regelmessig til lege, fortalte at han hele tiden måtte vurdere hvorvidt han skulle prioritere arbeid eller konsultasjon på helsestasjonen. Dette avhang litt av om arbeidsgiver ville oppdage at han var borte og hvor langt han var kommet i det aktuelle byggeprosjektet han jobbet med. Situasjonen var ikke nødvendigvis annerledes for arbeidstakere innen den formelle økonomiske sektor. Ved et tilfelle fortalte en kvinne at mannen som hadde formelt sett lovlig ansettelse ikke fikk fri for å foreta en legekonsultasjon.

Med utgangspunkt i praktiske prioriteringer kan man altså betrakte kontakt med helsevesenet og tilgang på arbeid som i utgangspunktet gjensidig ekskluderende. Dersom man

⁴² En meget interessant observasjon er imidlertid at Gianni førte opp dette som å være yrkesaktiv, *empregada*, når hun tok opp ny registrering av beboere i hennes område.

rent fysisk er i stand til å arbeide, og ikke så syk at man ikke klarer å gå på jobben, er den praktiske konsekvensen av dette valget at man som oftest heller velger å arbeide.

Kvinner

En ting som undret meg, var at når helsearbeiderne kom på besøk i hjem hvor mannen var tilstede, deltok han sjelden i samtale. Med mindre han selv var pasient eller eneste person som var tilgjengelig for samtale, satt han som regel og så på TV eller holdt på med andre ting som gjorde en samtale praktisk vanskelig. Ikke sjelden gikk han ut av rommet for så å komme tilbake når han forsto at besøket nærmet seg slutten. Jeg vil komme tilbake til dette nedenfor, men her kan det tjene som utgangspunkt for å se hvordan PSF i São Pedro rent praktisk kan sies å være dominert av relasjoner mellom kvinner.

Jeg la tidlig merke til at det var langt flere kvinnelige enn mannlige pasienter som frekventerte helsestasjonen. Jeg begynte dermed etter hvert å telle kjønnsfordelingen utenfor både da trengselen var som størst tidlig på morgenen og på ettermiddagen. Av de 509 pasientene jeg telte ved ulike anledninger i perioden september-november var 111 (21,8%) menn. Jeg regnet ikke med barn⁴³ og man kan anta at mange av kvinnene som var der var mødre som hadde tatt med seg syke barn. Uansett indikerer dette at kvinner frekventerer helsestasjonen oftere enn menn. Samtale med leger og gjennomgang av journaler bekreftet også at kvinner oftere foretok konsultasjoner både på helsestasjonen og i hjemmene.

I tillegg til at pasientene i stor grad besto av kvinner, var også den daglige organiseringen av helsestasjonen preget av kvinner, eller som den eneste mannlige helsekontakten uttrykte det; ”Kvinnene regjerer på helsestasjonen”. Av 28 ansatte på helsestasjonen var det 22 kvinner, hvorav 13 av de 14 helsekontaktene og alle legene var

⁴³ Det var ofte vanskelig å telle barna fordi de løp rundt på området, ”selv med 39 i feber” som en sykepleier uttrykte det.

kvinner. Koordinatorene på alle fire helsestasjonene i São Pedro var også kvinner. Av de *palestra*⁴⁴ som ble holdt regelmessig, var ingen rettet spesielt mot menn, mens det ble undervist om både brystkreft, livmorskreft, graviditet og amming. På *palestra* om prevensjon/familieplanlegging kom det hovedsakelig kvinner selv om dette ut fra helsestasjonens perspektiv også burde angå menn. Den eneste typen regelmessige *palestra* hvor jeg i blant registrerte tilnærmet lik kjønnsfordeling blant de oppmøtte, var de som omhandlet høyt blodtrykk. Det kan også nevnes at kartoteket hvor oversikt over pasientenes journaler var registrert, lå alle navnene registrert under navnet på husholdets *kvinnelige* overhode.

Jeg har ikke nok grunnlag til å kunne evaluere årsakene eller i tilstrekkelig grad gjøre rede for konsekvensene av denne antatte kvinnelige dominansen når det gjelder forvaltningen av helsevesenet. Allikevel vil jeg peke på noen forhold i møtet mellom PSF og dets brukere som jeg mener bør sees i et kjønnsperspektiv.

Maskulinitet, femininitet og helsevesen

...mulheres se preocupam mais, homens são machistas ...

...kvinner bekymrer seg mer, menn er *macho*...

Rosemeri, helsekontakt

Kvinner og hjemmet

La oss vende tilbake til Gianni og reflektere litt over hva hun er blitt i dag som yrkesaktiv.

Riktignok mottar hun fast lønn og står i en arbeidssituasjon hvor personlig relasjon til arbeidsgiver ideelt sett ikke har betydning for arbeidskontrakten. Hun er økonomisk uavhengig og deltar i forvaltningen av et helsevesen hvor alle pasienter skal behandles likt og alle har samme rettigheter til et fungerende helsetilbud. Hennes rolle er offisielt definert som

⁴⁴ Undervisning, forelesning eller informasjonsmøte.

profesjonell helsearbeider og man kan på mange måter si at hun opererer innenfor en sfære hvor individene betraktes som selvstendige og egalitære deltakere og borgere av den brasilianske nasjonalstat. Allikevel kan det være fruktbart å se på hva hun faktisk fremdeles tar med seg i sin hverdag, og hvordan verdier som kan relateres til *casa* fremdeles preger relasjonen til hennes omgivelser, også i hennes profesjonelle hverdag.

I forhold til mannen sin hadde Gianni delvis lyktes i å endre den økonomiske relasjonen. Allikevel har hun på mange måter beholdt båndene til *casa*. For det første endrer ikke hennes økonomiske frihet det ugjenkallelige faktum at hun selv og omgivelsene allikevel oppfatter og relaterer til henne som kvinne. For det andre har hun tatt en jobb som preges av å utøve oppgaver som allikevel forbindes med hjemmet og den feminine sfære. Jobben er ikke fysisk krevende som bygningsarbeiderens eller typisk maskulin slik sjåføreryrket er. Hun jobber med pleie og omsorg, besøker naboer i hjemmene og er på denne måten aktiv i sitt eget nabolag mens hun er på jobb. For det tredje befinner Gianni seg i stor grad i den samme sosiale kontekst på jobben som på fritiden. Som nevnt ovenfor samhandler hun mye med nabolagets kvinner i hverdagen og hun fortsatte å ta ansvaret for den daglige driften av hjemmet selv om hun jobbet. Selv om hun har beveget seg ut i gaten (*rua*), vil jeg derfor hevde at hun i stor grad forholder seg til sosiale relasjoner som kan knyttes til hjemmet (*casa*).

Når vi da ser hvordan menn ofte var fraværende i samhandling mellom helsestasjonen og befolkningen, kan dette forstås også ut fra et perspektiv hvor PSF kan betraktes som en hovedsakelig feminin interaksjonssfære. Dette kan være en konsekvens av at pleie og omsorg normalt sett gis innenfor hjemmet. I tillegg er de aller fleste arbeiderne på helsestasjonen kvinner og dens aktiviteter kan dermed lett relateres til et verdiunivers hvor *casa* symboliserer samhandlingsstrukturene. Man kan ikke bare forklare det som et praktisk resultat av at mannen som regel er ute å arbeider, ettersom det også var en klar tendens til at

hjemmeværende menn, eller *autônomos*, heller ikke hadde like mye kontakt med helsearbeiderne som *donas das casas*. Mennene som gikk ut av rommet når helsearbeiderne kom på besøk er med på å vise at det kan ligge andre motiver enn rent praktisk arbeidsdeling bak

Menn og arbeid

Det vil her være naturlig å komme tilbake til mannen og se litt mer på hans identitet som arbeider. En dag jeg var ute på hjemmebesøk med en helsekontakt, Lucimar, stoppet vi for snakke med en 58 år gammel mann fra hennes nabolag som satt ute på gaten. Lucimar ville invitere ham til *palestra*⁴⁵ om prostatakraft og jeg forsto raskt ut fra samtalen at denne mannen på ingen måte hadde intensjoner om å komme. En kvinne som bodde sammen med ham kjeftet på ham og sa at han like gjerne kunne gå dit, fordi han allikevel satt inne hele dagen og så på *novelas*⁴⁶ og generelt gjorde lite fornuftig. I og med at han var arbeidsledig og heller ikke kunne vise til et stramt tidsprogram i hverdagen, kunne han ikke unnskyldes seg med at han måtte arbeide eller ikke var hjemme. Allikevel er det interessant å se hvordan han kort argumenterte for at han ikke hadde behov for å komme. Han sa at han som yrkesaktiv i 50 år hadde hatt behov for lege bare en eneste gang og at han *fremdeles var i stand til å arbeide*.

Det at han som arbeidsledig refererte til sin påståtte arbeidskapasitet for å forklare og vise til sin gode helse, er et interessant utgangspunkt for å se litt nærmere på relasjonen mellom maskulinitet og arbeid. Dersom vi godtar argumentene over som tilsier at PSF opererer innenfor en feminin sfære kan denne egenskapen ytterligere forsterkes ved å betrakte arbeid som en maskulin sfære. Ikke bare kolliderer det rent praktisk med helsestasjonens

⁴⁵ Dette var en *palestra* som ble holdt kun én gang i løpet av den tiden jeg var der, og eneste som var spesielt rettet mot menn.

⁴⁶ Brasilianske såpeoperaer som er enormt populære i Brasil.

aktiviteter slik vi har sett ovenfor, men arbeid i den forstand som den arbeidsledige mannen snakket om kan forstås som det motsatte av sykdom og dårlig helse, et fenomen som bekrefter og betinger maskulin fysisk styrke og virilitet. Dersom man ikke har disse egenskapene eller de svekkes betydelig, kan man heller ikke arbeide, noe som i sin tur tilsier at bare de som ikke kan arbeide trenger lege. Å oppsøke lege blir derfor noe som gjøres når en ikke lenger kan leve fullt ut som mann og dermed arbeide. Denne overgangen fra å arbeide til å få hjelp fra lege kan da forstås som å tre ut fra den maskuline sfære hvor konkurranse og selvstendighet dominerer til å la seg behandle og motta pleie og omsorg i *casa* og den feminine sfære. Det å gå til lege kan da i mange sammenhenger tolkes som en erkjennelse av at ens arbeidskapasitet og fysiske styrke er redusert og gjennom dette også noe av hans maskulinitet. Når PSF i tillegg på mange måter kan sies å være dominert av feminine verdier og på mange måter drives av kvinner, bidrar det ytterligere til å true noe av ens maskulinitet.

Hvis vi aksepterer tolkningene som er beskrevet her, vil vi altså kunne se at arbeid har et identitetsaspekt (også for arbeidsledige) som lett kommer i konflikt med idealer om å gå til lege og motta pleie og omsorg. Det frustrerte utsagnet som er sitert innledningsvis i dette avsnittet, kan uttrykke hvordan helsearbeiderne stadig må forholde seg til menns kamp for å ivareta sin maskulinitet og identitet som arbeidsføre individer. Kanskje PSF utfordrer latinamerikanske ideer om mannens identitet som "macho", eller det Mona Rosendahl beskriver som: "...exaggerated display of manliness"(1997:52)?

Konklusjon

Framstillingen som er gitt ovenfor må forstås som en generalisering av tendenser framfor en beskrivelse av alle menn og alle kvinner i São Pedro. São Pedro kan vise til en svært heterogen befolkning og det er en bydel som er under nesten konstant endring. Hvis man går ut ifra at en lik fordeling mellom kjønnene er et ideal og dersom mine forsiktige statistiske

antakelser stemmer, hvor cirka 22% av PSFs brukere er menn, indikerer dette at en god del menn faktisk benytter seg av tilbudet. Matthew C. Gutmann (1996) kan også vise til en mer nyansert drøfting av det latinamerikanske (meksikanske) macho-begrepet enn det jeg har gjort her.

Allikevel er de generelle trekkene så tydelige at man vanskelig kan la være å i det minste stille spørsmål rundt PSF og hvordan dette kan knyttes opp mot et kjønnsperspektiv. Jeg har derfor forsøkt å belyse hvordan vi kan forstå PSFs middelmådige suksess med å nå fram til menn som brukergruppe, gjennom å betrakte både spesielle lokale praktiske ordninger for økonomisk overlevelse, og generelle ideologiske forhold som er relatert til maskulin og feminin identitet. PSF som legger opp til at pasientene skal møtes i hjemmet eller på helsestasjonen, lokaliserer møtet utenfor arbeidets maskuline sfære. I tillegg kan det sies at det kan virke truende ved at det har potensiale til å definere mannen som pasient gjennom å påvise sykdom og dermed framheve hans fysiske svakhet og skrøpelighet. I møte med helsevesenet risikerer man dermed å miste noe av sin maskuline identitet.

Dersom man skulle forfølge denne tråden videre, kunne det være interessant å se på kjønnsrelasjoner i andre deler av det offentlige helsevesenet i Brasil. For eksempel er det klare indikasjoner på at akuttisykehusene i Espírito Santo var dominert av menn både blant pasientene og blant de profesjonelt ansatte. En komparativ studie av det forebyggende, omsorgsrelaterte PSF og et mer voldspreget akuttisykehus kan være med på å ytterligere kaste lys over hvordan kjønnsidentiteter kommer til uttrykk gjennom helsevesenet. Jeg vil for denne omgang la diskusjonen stå som den gjør som et bidrag til hvordan lokale kulturelle trekk kan være med på å prege statlige programmer og prosjekter Brasil.

Vi skal imidlertid holde oss til São Pedro og helsestasjonen som PSF implementeres gjennom. Etter at leseren nå er blitt bedre kjent med aspekter ved daglig interaksjon (og mangel på dette) mellom helsevesenet og beboere, ønsker jeg å gå mer konsentrert inn på

dette temaet. I det følgende kapitlet vil derfor jeg presentere hvordan denne kommunikasjonen forvaltes av helsearbeidere som må opptre som representanter for myndighetene samtidig som de er beboere i bydelen og underlagt en rekke til dels motstridende forventninger som følge av dette.

5 Helsekontaktens grenseløse dilemma

I dette kapitlet skal vi konsentrere oss om de lokale helsekontaktene og hvordan de mestrer sin rolle som både profesjonell helsearbeider og beboer i São Pedro. Som vi så i det forrige kapitlet inngår utøvelsen av deres rolle i en konkret sosial kontekst med idealer, verdier og prioriteringer som påvirker og til dels former gjennomføringen av PSF. Faktisk var det denne yrkesgruppen som tidlig fanget min interesse og som fikk meg til å stille spørsmål rundt relasjonen mellom lokalbefolkningens hverdag og helsestasjonens inngripen i denne. Det som i utgangspunktet gjorde meg nysgjerrig, var det faktum at de alle bodde i det samme nabolaget som de jobbet i. På den ene siden er de beboere i São Pedro som deler hverdagserfaringer, idealer og normer og verdier med flertallet av brukerne av PSF. På den andre siden er de i det samme sosiale fellesskapet også representanter for myndighetene og skal i prinsippet forholde seg til de samme menneskene på en måte hvor personlige relasjoner skal være av underordnet betydning og hvor egalitære koder for samhandling aksentueres. Det blir derfor interessant å se nærmere på denne yrkesgruppen som kan sies å bære i seg denne potensielle lojalitetskonflikten i mestringen av sin rolle som *Agente Comunitário de Saúde* (helsekontakt).

Grenseproblemer

Som innledningen over antyder, innebærer jobben som helsekontakt tydelige problemer når det gjelder avgrensning i forhold til deres rolle i lokalsamfunnet. Jeg vil forsøke å vise hvordan disse problemene med å sette grenser for utøvelsen av sin yrkesrolle i stor grad preget helsekontaktens forståelse av de oppgaver de var satt til å utføre. Denne avgrensingsproblematikken har imidlertid to aspekter. For det første skal vi se hvordan de hadde til dels store problemer med å definere grensene for deres profesjonelle yrkestittel, gitt organisatoriske problemer og påfølgende dilemmaer. Deretter skal vi se på hvordan disse

avgrensingsproblemene som ligger latent i selve helsevesenet som organisasjon, forsterkes når vi i tillegg legger vekt på deres rolle som beboere i São Pedro.

Organisasjonens utydelige avgrensning

Som en analytisk tilnærming til dette fenomenet, kan vi rette oppmerksomheten mot vår hjemlige norske offentlige forvaltning og spesielt helse- og sosialsektoren slik den er studert blant annet av Halvard Vike m. fl. (2002). Ved å tilnærme oss velferdsstaten som en organisasjon, hvor politiske idealer skaper forventninger og ressursknapphet samt administrative prosesser påvirker og er aktive i utformingen av de offentlige tjenester, blir det vi kan kalle "velferdsstatens grenseproblemer" (ibid.: 73) tydeliggjort i den praktiske utføringen av disse politiske og administrative beslutningene. Vike beskriver den norske velferdsstaten som grunnleggende "åpen" nedenfra, fordi den ikke setter klare grenser for sitt ansvar. I motsetning til andre typer organisasjoner, er ikke relasjonene avgrenset av kontrollerte transaksjoner hvor de som ikke har råd til å "betale" for tjenestene/varene er ekskludert. I tillegg til dette er mange andre organisasjonsformer avhengig av etterspørsel for å kunne gi et bedre tilbud og dermed vokse, samtidig som en slik transaksjonsmodell er med på å avgrense hva som skal ytes (ibid.: 66,77). Det offentlige tjenestetilbudet har derimot ikke slike avgrensninger til rådighet. Retten til de kommunale tjenester defineres ofte ut fra rettighetslovgivning (ibid.), noe som igjen er relatert til idealer om individets ukrenkelighet og ikke økonomiske størrelser.⁴⁷ Dermed fremstår den offentlige sektor som "åpen" i forhold til hva den skal yte ovenfor sine "kunder". Samtidig har den et preg av å være "lukket" ovenfra ved at de faktiske økonomiske og administrative ressurser er klart begrensede. Vike peker på at forventninger og rett til bistand overstiger de økonomiske rammene som er tilgjengelig for

⁴⁷ Siste bisetning er egen kommentar og ikke Vikes påstand.

tjenesteytere i helse- og sosialsektoren. Når det da finnes slike klare avgrensninger i forhold til tilgjengelige ressurser, men ikke i forhold til de oppgaver som skal utføres, oppstår et dilemma. Dette dilemmaet, som består i å ikke strekke til overfor forventninger om tjenesteytelser hos mottakerne av tjenestetilbudet samtidig som de skal innfri forventninger om rasjonell ressursforvaltning overfor myndigheter, forvaltes i stor grad av førstelinjen i organisasjonen, sier Vike. Det er her, i møtet med lidelser, sykdom og uinnfridde behov at problemene relatert til denne formen for utilstrekkelighet blir synliggjort. Vike hevder at dette er et dilemma som kan defineres bort i andre nivåer av organisasjonen ved å vise til ressursbegrensninger og ”helhetsvurderinger”, og at det dermed tilfaller førstelinjen å forvalte dilemmaet. Det er de som må håndtere dette problemet i møte med mottakerne av tilbudet og det oppstår dermed en situasjon hvor de må ”bære organisasjonens grenser i egen kropp” (ibid.: 67). Det betyr at de tar ansvar for å gjøre det staten og de kommunale tjenester som organisasjon har forpliktet seg til å gjøre, men som den allikevel ikke har råd til å utføre. Denne ”forvaltningen av grenser” utfolder seg som en nesten permanent illojalitet overfor organisasjonen, sier Vike. Han hevder at helsearbeidere som befinner seg i dette dilemmaet i de fleste tilfeller identifiserer seg med brukerne framfor organisasjonen de representerer og ser på seg selv som utenforstående i forhold til de valg som foretas i organisasjonen. Press fra de relasjonene de involveres i (tjenestemottakere) gjør at de lett får følelse av utilstrekkelighet. Å kommunisere organisasjonens begrensninger overfor mottakerne blir dermed et personlig og moralsk problem og ikke en ren økonomisk-administrativ begrensning. I sin tur oppleves dette som et dilemma, fordi erfaringene ikke kan formidles i formelle fora gjennom et administrativt språk. Dermed fører det til at arbeidere i førstelinjen ofte ”strekker” seg, er fleksible og tar ”innersvinger” for å møte behovene. De ressursbegrensningene som ligger i organisasjonen blir opplevd som et moralsk personlig aspekt og manglende evne til å innfri forventningene blir til dels definert som en egenskap

ved enkeltpersoner og ikke utelukkende som et organisatorisk problem (ibid.:80). Dette problemet forsterkes ytterligere av at oppgavene, å yte omsorg, er vanskelige å definere konkret. Når har man ytt ”god nok” omsorg?

Det er verken plass eller min hensikt å gi en fullstendig gjennomgang av Vikes analyse av den norske velferdsstatens begrensninger i helse- og sosialtjenestene, men vi kan låne noen av hans begreper og perspektiver når vi skal se nærmere på helsekontaktens hverdag i São Pedro. Spesielt er det forholdet mellom de ambisiøse ordene om befolkningens rett til et adekvat helsetilbud og de særdeles knappe ressursene som stilles til rådighet aktuelt når det gjelder den praktiske utformingen av det offentlige helsetilbudet. Det som er viktig å få fram er at SUS og PSF, som organisatoriske enheter, bærer i seg et dilemma og en påfølgende potensiell lojalitetskonflikt ved at klare og definerte grenser for relasjonen til tjenestemottakerne ikke lar seg identifisere. Dermed åpner det for et uformelt samhandlingsrom i førstelinjetjenesten hvor deltakerne må improvisere og finne akseptable løsninger på problemer som i utgangspunktet oppleves uakseptable (i forhold til forventninger).

Relasjonenes personlige dimensjon

Dette problemet med å definere organisasjonens grenser forsterkes i vårt tilfelle gjennom det faktum at helsekontaktene aldri kan frigjøre seg fra andre identiteter i forvaltningen av sin profesjonelle yrkesrolle. Dette er ikke noe som er unikt for ”våre” helsekontakter. Professor i sosialmedisin, Daniela Knauth ved Det føderale universitetet i Rio Grande do Sul, har studert psykoterapiens begrensninger i møte med AIDS. Her belyser hun blant annet hvordan det er vanskelig for terapeuter å fungere fullt ut som omsorgspersoner i kraft av sin profesjonelle rolle alene (i Alves & Rabelo 1998). I intervju med aidspasienters omtale av den behandlingen de har mottatt fra psykologer, kommer behovet for en personlig relasjon i den

kurative prosessen⁴⁸ tydelig fram. En av informantene hennes ordlegger seg slik: "De (psykologene) er ikke dine virkelige venner. De snakker ikke om sitt eget liv. Det er bare du som snakker..."⁴⁹ (ibid.:143. egen oversettelse). Selv om Knauth ikke har som hovedfokus det relasjonelle aspektet mellom terapeut og pasient, kan vi se hvordan informantene hennes vektlegger psykologens rolle når de går i terapi. Manglende resultater tilskrives i dette tilfellet psykologens profesjonelle status og hennes manglende kvaliteter som en "virkelig venn" og mangel på gjensidighet i relasjonen. Knauth viser videre til hvordan psykologens kjønn (kvinne) er viktig for mange av hennes informanter, som også er kvinner. Å betrakte en helsearbeider i et rent egalitært perspektiv, utelukkende som en profesjonell aktør, viser seg i møte med empirisk materiale å være nærmest umulig. Dersom vi her går tilbake til Frankenbergs beskrivelse av hvordan helsevesenet opptrer i en gitt sosial kontekst, ser vi hvordan de profesjonelle helsearbeidernes rolle vanskelig kan avgrenses til rene profesjonelle yrkesroller. Deres kjønn, hudfarge, klasse og andre sosiale identitetsmarkører gjør seg gjeldene i de relasjonene de inngår i når de utfører sine daglige oppgaver (se også kapittel 3 og 5).

Spesielt blir denne problemstillingen aktuell når det gjelder de før nevnte helsekontaktene. De er beboere i det samme nabolaget som de er helsekontakter. De som de opptrer som profesjonelle helsearbeidere for, er personer de også må møte gjennom en hel rekke andre typer samhandling. Dermed oppstår det et annet avgrensingsproblem i relasjon til profesjonalitet i forhold til førstelinjens yrkesrolle. Ikke bare er det problematisk å forvalte grensene for innholdet i den profesjonelle yrkesrollen, men det er også vanskelig å avgrense denne i forhold til andre identiteter som gjelder *i det samme sosiale fellesskapet*. Når vi

⁴⁸ Begrepet "kurativ prosess" viser her tilbake til en forståelse av at terapien sikter mot en eller annen form for tilpassing og normalisering av tilstanden (AIDS) og ikke helbredelse i biomedisinsk forstand.

⁴⁹ "Elas [as psicólogas] não são tuas amigas de verdade. Elas não falam da vida delas. É somente tu que fala."

nedenfor skal se på hvordan dette problemet (for det oppleves ofte som et problem) med å sette grenser for egen rolle forvaltes, kan vi vende tilbake til DaMattas begreper om hjemmet og gaten slik det er presentert tidligere. Gjennom helsevesenets beskrivelse av helsekontaktens rolle, vektlegges det egalitære perspektivet og deres profesjonalitet. På den andre siden er de i møte med pasientene en nabo, venn eller slektning som står i en gitt situasjon til pasienten hvor yrkesrollen bare er en av flere identiteter som definerer relasjonen mellom profesjonell og pasient. Som Knauth er inne på, og som vi så i forrige kapittel, er blant annet kjønn av vesentlig betydning. Utover dette går helsekontakten inn i et sosialt hierarki i dette møtet og profesjonen og organisasjonen de representerer kan underordnes andre identitetsmarkører. Møtet mellom pasient og helsekontakt er i utgangspunktet et profesjonelt møte som skal foregå etter samhandlingsidealer basert på ”gatens” egalitære koder, men det samme møtet unnslipper ikke det holistiske samfunnets sosiale hierarki og ”hjemmets” koder for adferd. Vi skal se nærmere på empiriske eksempler på dette senere, men her vil jeg bare understreke at rollen som helsekontakt er noe langt mer enn en profesjonell yrkestittel som varer fra klokken 08.00 til klokken 17.00. Den inkluderes i et sosialt fellesskap, og må forholde seg til andre identiteter som aktøren innehar. I tillegg til dette må rollen som helsekontakt utøves i forhold til ulike samhandlingsunivers; gatens egalitære idealer og hjemmets hierarkiske idealer.

Disse to aspektene, organisasjonens mangel på grenser, og det at yrkesrollen ikke lar seg separere fra andre ikke-profesjonelle identiteter og påfølgende forventninger knyttet til atferd, skaper dette ”grenseløse dilemmaet” som vi skal bli bedre kjent med i den følgende diskusjonen.

Ressursknapphet

Historikeren Marshall Eakin formidler et utbredt syn på det offentlige helsevesenet i Brasil når han skriver: "Brazil spends little on health care and spends it poorly" (Eakin 1999:108). Han underbygger denne påstanden ved å vise til at det i 1992 ble brukt i gjennomsnitt 50 US\$ pr. innbygger gjennom helsevesenet. Til sammenlikning ble det i USA samme år brukt 2.840 US\$ pr. innbygger, samtidig som landets BNP er bare 13 ganger større enn i Brasil. Eakin beskriver dette som et problem som må tillegges manglende politisk vilje til å investere i grunnleggende helsetiltak, noe som han mener har en høy pris i form av store sosiale problemer. Eakins betraktninger kan nok ikke beskrives som unike. I teksten av Eleutério Rodriguez Neto som ble kommentert innledningsvis i kapittelet om det offentlige helsevesenet i Brasil, begynner han med å speile en vanlig opplevelse av det offentlige helsevesenet;

"Vi vet alle at helsen til den største delen av Brasils befolkning er dårlig. Vi vet også at når vi trenger helsetjenestene, fungerer de ikke bra og de er ikke i stand til å løse sykdomsproblemene våre på en adekvat måte." (Neto 1994:7, egen oversettelse).

Eakin tilskriver dette manglende politisk vilje til tilstrekkelig investeringer og Neto speiler befolkningens hverdags erfaringer med det offentlige helsevesenet. Jeg vil hevde at disse utsagnene også kan forstås som uttrykk for den overveldende mangelen på ressurser som mange opplever i dagens offentlige helsevesen i Brasil. Denne mangelen på ressurser blir ekstra tydelig ettersom helsevesenet og lovverket baserer seg på til dels høye idealer og målsetninger som krever store investeringer, slik vi fikk det beskrevet i kapittel tre.

Tar vi utgangspunkt i disse uttrykkene for misnøye, ser vi altså at helsevesenets evne til å møte det som oppleves som konkrete og legitime behov ikke blir innfridd. Det dreier seg derfor om en eller annen form for knapphet i forhold til de oppgaver som skal utføres. Om

disse har politiske, økonomiske eller administrative årsaker, ligger utenfor denne oppgavens hovedfokus. Vi skal imidlertid nøye oss med å konstantere at de eksisterer og se nærmere på hvordan dette påvirker helsekontaktens hverdag.

Helsestasjonens ressursbegrensninger

På helsestasjonen som danner empirisk kontekst for dette studiet av PSF, finner vi også flere uttrykk for ressursknapphet. Dette dreide seg om alt fra tilgang på sterile hansker til problemer med å ha tilgang på store nok lokaler for å utføre daglige gjøremål. Koordinatoren på helsestasjonen pekte stadig på at hun ikke kunne utføre jobben sin i god nok grad med den begrensede ressurstilgangen hun jobbet under. Hun hadde innredet kontor på et lite rom som også fungerte som lager og som ble brukt til internmøter for maksimum fem personer.

Helsestasjonens fysiske struktur gjorde at de ikke hadde rom nok til alle typer konsultasjoner, slik at de som var på helsestasjonen for å få henvisning til andre behandlingsnivåer (sykehus, spesialist, poliklinikk) måtte foreta sine konsultasjoner med sykepleier i resepsjonen. Det fantes ingen venteværelser eller lokaler for fellesmøter for de ansatte, noe som gjorde at begge deler foregikk under provisoriske tak på utsiden av helsestasjonen. Da flere ansatte og beboere i bydelen etterlyste ytterligere et helseteam for å møte de helserelaterte lidelsene i området, konstaterte koordinatoren at det ikke ville være fysisk rom for ytterligere ti ansatte (en lege, en sykepleier, to-tre hjelpepleiere og fem helsekontakter) i dagens bygning.

I tillegg til de fysiske begrensningene var det også stor mangel på nødvendig utstyr. Som nevnt manglet det til tider sterilt utstyr, medisinleveranser uteble og koordinatoren uttrykte stadig frustrasjon over at helsestasjonen ikke hadde en datamaskin tilgjengelig. Spesielt opplevde legene det problematisk at utvalget av medisiner som ble gitt gratis gjennom SUS stadig ble mer begrenset. Dette førte til at de måtte skrive ut resepter på medisiner som de visste at pasienten ikke hadde råd til å anskaffe, eller de måtte finne andre

behandlingsmetoder.⁵⁰ Ved større kampanjer (vaksinering, HIV-testing, sjekk av høyt blodtrykk) hendte det ofte at kampanjematriell ikke ankom helsestasjonen, eller at det utstyret de fikk utlevert ikke var nok til de oppgavene som skulle utføres. Den kanskje mest synlige konsekvensen av ressursknapphet, var at man ikke hadde nok ansatte til å ivareta de oppgavene som gikk på preventive tiltak samtidig som man skulle møte behovene for øyeblikkelig hjelp. Dette gjorde at man bare hadde 15 plasser om dagen tilgjengelig for øyeblikkelig hjelp, hvor fem av dem var reservert for barn. Konsekvensene av dette var at pasienter måtte stille seg i kø før klokken 05.00 om morgenen dersom man skulle få time for akutt hjelp når helsestasjonen åpnet klokken 07.00. Mange helsearbeidere klaget derfor også over at arbeidet deres i stor grad bar preg av brannslukking.

Det er ikke noe mål i dette avsnittet å identifisere flest mulig eksempler på ressursknapphet. Det er som nevnt heller ikke noe forsøk på å forklare årsakene til denne mangelen på tilfredsstillende rammer for utførelsen av det daglige arbeidet ved helsestasjonen. Hensikten er å vise til at arbeidet på helsestasjonen ble utført under en vedvarende tilstand av å ikke råde over tilstrekkelig med ressurser i forhold til de krav som var pålagt. Denne tilstanden er med på å sette førstelinjearbeidere (i dette tilfellet alle de profesjonelle på de ulike helseteamene) i etiske dilemmaer når de i møte med menneskelig lidelse ikke kan yte den hjelp som loven skal garantere sine innbyggere (slik Vike også beskriver fra norsk hele- og sosialarbeid). For å illustrere dette, skal vi se på et konkret tilfelle hvor dette dilemmaet skapte betydelige problemer med gjennomføringen av prosjektet ”*Bolsa de alimentação*”.

⁵⁰ Her kunne de skrive ut resept på andre, mindre egnede medisiner, eller de brukte ikke-medisinsk behandling. For eksempel ble behandling med sukker eller solsikkeolje ofte brukt til sårbehandling hos pasienter som ikke hadde råd til salve.

En upopulær hjelp

I november 2001 promoterte Helsedepartementet via nasjonale TV-kanaler et prosjekt som skulle gi økonomisk støtte til barn i vanskeligstilte hjem. Prosjektet ble kalt *Bolsa de alimentação* (Ernæringsstøtte). Familier som tjente mindre enn 90 *reais* pr. familiemedlem i måneden kunne søke om å få en månedlig økonomisk støtte på 15 *reais* for hvert barn under seks år, men maksimum 45 *reais* for hver familie. Tilbudet gjaldt de som var gravide eller ammet (hadde barn under seks måneder), og de som hadde barn under seks år som befant seg i risikozonen for underernæring. I tillegg var det mulig å søke om støtte for hivpositive mødre, mødre med alvorlige psykiske lidelser og verger for foreldreløse barn, så lenge de ikke tjente mer enn 90 *reais* i snitt pr. familiemedlem og hadde barn under seks år. For hele Vitória var det tildelt 2300 *bolsas*, eller det vi kan kalle ”hjelpepakker”. Det vil si at 2300 hushold eller familier ville få tilbud om økonomisk støtte. I tillegg til dette var det en del krav knyttet til mottakerne. De måtte møte jevnlig til konsultasjoner og delta på informasjonsmøter hver måned. Dersom de uteble fra disse ville støtten falle bort. Videre måtte gravide gå med på å ta visse vaksiner. Etter seks måneder skulle ordningen revurderes ved at man tok opp en ny registrering og behovprøving av støtten.

I utgangspunktet kan dette virke som en positiv ordning hvor helsemyndighetene viste vilje til å ta et visst ansvar for den store fattigdommen som mange brasilianere lever under. Det er imidlertid verd å merke seg at blant de ansatte på helsestasjonen, ble denne kampanjen møtt med sterk motstand. Koordinatoren omtalte det som en illusjon og mange av de lokale helsekontaktene mente hele opplegget bare handlet om politisk spill. For oss kan det bli interessant å se litt nærmere på hvorfor en slik kampanje som i så stor grad kan betraktes som et positivt bidrag til befolkningens hverdag ble møtte med så stor skepsis og mistro.

Forventninger og begrensninger

Som to grunnleggende trekk ved kampanjen ligger på den ene siden de forventninger den er med på å skape, og på den andre siden de faktiske begrensningene den inneholder. Det som imidlertid er viktig, er at disse begrensningene er endelige i rent administrative og økonomiske termer, men manipulerbare og uklare i møte med den sosiale virkeligheten.

De jevnligte reklameinnslagene gjennom nasjonale tv-stasjoner kan ha fungert som den viktigste kanalen for informasjon om programmet.⁵¹ Dette førte blant annet til at mange beboere etterlyste hjelpepakken flere uker før de ansatte på helsestasjonen fikk informasjon om hva det gikk ut på. Koordinatoren på helsestasjonen på sin side beklaget at myndighetene gjennom denne reklamekampanjen unnlot å opplyse om begrensningene ordningen inneholdt og de pliktene som ble pålagt mottakerne av støtten. Hun mente at dette skapte forventninger blant befolkningen som ikke var realistiske i forhold til hva man kunne vente seg av økonomisk hjelp.

I tillegg til høye forventninger, var det vanskelig å definere de begrensningene som ligger i tildelingen av hjelpepakken. For det første er det et krav at familien skal tjene mindre enn 90 *reais* pr. familiemedlem. Her blir det vanskelig både å definere hvem som er familiemedlemmer i husholdet og å definere inntekten. Det kunne bo flere generasjoner i samme hushold og stadig skifte av partnere gjorde at familiestrukturen ikke nødvendigvis korresponderte med forestillinger om den stabile heterofile kjernefamilien. Derfor kunne det by på et problem, samt åpne for tvetydighet, når man skulle definere hvem som kunne regnes som et familiemedlem. Når det gjelder definisjon av familiens månedlige inntekter, byr dette på et problem gitt det faktum at den uformelle økonomiske sektor later til å være en

⁵¹ Dette er en påstand basert på bakgrunn av hvordan mange beboere omtalte programmet. Jeg foretok ikke noen eksplisitt undersøkelse om hvor de fikk informasjonen fra.

dominerende inntektskilde for beboerne i bydelen. Selv eventuelle lønsslipper fra formelt arbeid forteller lite om husholdets reelle inntekter ettersom mange har flere inntektskilder. Da jeg selv spurte beboere i området om husholdets totale inntekter, var mange usikre og viste til at det kunne variere. I tillegg var det vanlig at kvinnene ikke visste hvor mye mennene i husholdet tjente. Å dokumentere de reelle inntektene ble dermed en oppgave som ville kreve grundige kvalitative studier. Dernest lå det en begrensning i antallet hjelpepakker som skulle deles ut. Bare i São Pedro var det som nevnt innledningsvis registrert over 8000 hushold. Samtlige helsearbeidere som jeg snakket med, mente at antallet familier i Vitória som oppfylte kravene lå langt over de 2300 hjelpepakkene som var tildelt kommunen. Det ble også påpekt at dette antallet ikke en gang kunne dekke behovene i São Pedro. Endelig var det problematisk med selve den støtten som skulle gis. For det første pekte mange på at i familier med underernærte barn og lave inntekter var det like mye et problem hvordan penger ble brukt som at de hadde lite penger. Her mente mange helsearbeidere at mangel på penger hadde dypere sosiale årsaker og at alkoholisme, narkotikamisbruk, pengespill og andre problemer i familien var vel så viktig som manglende penger og at 45 *reais* i måneden ville ikke endre på disse problemene.

Hvis vi her stopper opp for å vende tilbake til begreper om ”grenseproblemer” slik det er skissert innledningsvis i dette kapittelet, ser vi at de begrensningene som ligger i prosjektet skaper definitive økonomiske rammer samtidig som disse rammene er vanskelige å forvalte. Disse rammene eller grensene for hvem som kan inkluderes i programmet, settes formelt sett på sentralt hold. Her vil man foreta utvelgelse av hvem som er kvalifiserte mottakere av den økonomiske støtten på bakgrunn av de data som er samlet inn av helsekontaktene. Dataene forteller om sosiale forhold i en forhåndsdefinert terminologi som gjør det mulig å foreta utvelgelse etter visse kriterier. Til en viss grad kan valgene forsvares med henvisning til økonomiske ressurser og prioriteringer. Dilemmaene som oppstår når man har valgt en søker

framfor andre søkere, sendes imidlertid nedover i organisasjonen. I det konkrete møtet med lidelser og sykdom blir det i dette tilfellet helsekontaktene som må formidle helsevesenets beslutninger til de som ikke får støtte. De kan ikke på samme måte forsvare avgjørelsene fra sentralt hold fordi både antallet familiemedlemmer, husholdets inntekt og de ulike familienes økonomiske vaner er vanskelig, og til tider umulig, å definere på standardiserte skjemaer. Det blir altså de som jobber i førstelinjetjenesten generelt, og helsekontaktene spesielt, som ”bærer organisasjonens grenser i egen kropp” (Vike 2002:67) der tvetydighet, forventninger og ressursknapphet møtes. De faktiske begrensningene gjør at mange kommer til å oppleve avslag på sine søknader, avslag som man kanskje opplever som mer tilfeldige enn rettferdige. Mange helsekontakter fryktet at de kom til å bli tillagt mye av ansvaret for at søknadene ble avslått fordi de hadde ansvaret for å samle inn opplysninger om de ulike husholdene. En helsekontakt viste til at hun fryktet anklager om at hun ikke hadde gjort en god nok jobb på vegne av de som søkte om hjelpepakker. Hun forklarte at det var klare forventninger om at hun skulle føre opp opplysninger og tolke forhold som antall familiemedlemmer, inntekt og ressursforvaltning i hjemmene i gunstigst mulig grad for søkerne. Dersom tilgangen på hjelpepakker hadde vært uendelig, kunne kanskje dette la seg gjennomføre, men det forholdsvis lave antallet gjorde at man ikke ville kunne tilfredsstillende alle uansett hvordan man manipulerte de tvetydige kriteriene for tildeling. Dermed blir de organisatoriske grensene også et spørsmål om personlige egenskaper ved helsekontaktene, hvorvidt de er flinke nok til å føre opp ”riktige” data. De tvetydighetene som ligger i organisasjonen og konsekvensene av ressursknapphet som sammen danner grenser for hva helsevesenet kan yte, blir altså forvaltet av helsekontakter og andre førstelinjearbeidere.

Do you know who you are talking to?!

I det følgende avsnittet skal vi videreføre dette fokuset på helsekontaktene. Det som gjør prosjektet *Bolsa de alimentação* spesielt, er mangelen på muligheter til å finne utveier for helsekontaktene for å kunne innfri de forventningene og presset som kommer fra brukerne av helsevesenet og samtidig ivareta forventninger tillagt deres profesjonelle tittel.

La oss først vende tilbake til noen perspektiver på det brasilianske samfunnet slik det beskrives av DaMatta. I en studie av ulike ritualer i Brasil (uavhengighetsdagen, karneval og religiøse prosisjoner), kommenterer Roberta DaMatta hvordan militærparadenes uniformer, klær og dekorasjoner forsterker og tydeliggjør deres faktiske stilling som henholdsvis generaler, befal og soldater. Dette kaller han for ritualets *reinforcement*, hvor visse sosiale relasjoner tydeliggjøres og andre sosiale roller som aktøren måtte inneha enten undertrykkes eller forsvinner(1991:55). Han forsetter med å si at:

One might even suggest that mechanisms of reinforcement are used when routines create conflictive equivalences between social roles, or when there is a need to define them by taking the side of the established system (ibid.).

For DaMatta er det et viktig poeng at denne mekanismen av *reinforcement* ikke bare er relatert til definerte ritualer, men utgjør en del av daglig samhandling. Hvis vi ser på helsekontaktene og helsearbeiderne i São Pedro, bærer de alle uniformer. Helsekontaktene er pålagt å gå med sine uniformer (t-skjorter eller jakker, evt. skyggeluer) når de er på jobb, men har forbud mot å bruke dem utenom arbeidstiden eller når de av en eller annen grunn må reise ut av bydelen de jobber i. Dersom vi låner DaMattas begrep, kan vi betrakte uniformene som helsearbeiderne bærer som en form for *reinforcement* hvor deres profesjonelle rolle samt deres lojalitet mot myndighetene blir framhevet. Vi kan kanskje si det på en annen måte: Myndighetene betrakter *Agente Comunitário de Saúde* (helsekontakten) som en profesjonell rolle begrenset i tid og rom (bydelen, arbeidstiden) og forventer lojalitet mot de idealer,

normer og verdier, lover og regler som danner grunnlaget for de offentlige helsetjenestene og vil derfor tydeliggjøre rollens formelle aspekter. Det er dette som danner grunnlaget for arbeidskontrakten og som legitimerer transaksjoner mellom helsekontaktene og myndighetene (tjenester ytes mot utbetaling av lønn). Som vi har vært inne på flere ganger, er imidlertid helsekontaktene beboere i det samme nabolaget som de arbeider i. Dermed blir denne rollen stadig utfordret av alternative perspektiver og fortolkninger av rolleinnhaverens identitet og påfølgende krav om alternative idealer og lojalitet. Problemer med å imøtekomme disse forventningene når de skulle utføre sin jobb som helsekontakter kan betraktes som en av grunnene til at prosjektet *Bolsa de alimentação* møtte så stor motstand. For å forstå dette kan det kanskje være relevant å vri litt på betegnelsen på ”ritualet” presentert av DaMatta i innledningen og spørre: *Who are we talking to?!* når vi skal snakke med helsekontaktene.

Helsekontaktene som sosial gruppe

Hva er det så som karakteriserer *Agente Comunitários de Saúde*, eller ”helsekontaktene”, som jeg har valgt å kalle dem? Helsedepartementet viser til at alle helsearbeidere bør bo i samme *município* som de arbeider, men at helsekontaktene bør bo i området hvor de ulike helseteamene arbeider for å ”garantere den kulturelle identitet og tilknytning til familiene under deres ansvar”.⁵² Med unntak av at de har fast inntekt, er det er lite som skiller helsekontakt fra den vanlige beboer i São Pedro. Noen trekk som kvalifiserer dem til jobben som helsekontakt gjør at de imidlertid kan sies å representere en gruppe i bydelen som har en viss formell kompetanse som ikke nødvendigvis er representativ for befolkningen. Alle har fullført grunnskolen (*1. grau*), som er et formelt krav for å få jobben. I tillegg viste det seg at mange av dem (syv av fjorten) hadde fullført videregående skole og én var utdannet lærer. I

⁵² Ministério da Saúde 1997 i *Saúde da Família: Uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*

tillegg er det beboere som har bodd lenge i bydelen, og flere hadde vært med på erobringen av området på slutten av 1970-tallet. I tillegg til sine oppgaver som helsekontakter, hadde noen andre tillitsverv i lokalsamfunnet. Dette kunne imidlertid ikke beskrives som typisk, ettersom flere av dem tydelig gav uttrykk for at de ikke ville involvere seg i noen form for lokalt sosialt arbeid utover jobben. I det følgende er det imidlertid relevant å betrakte helsekontaktene som beboere i området, brukere av SUS og PSF, kvinner (og en mann) som møter en rekke utfordringer i hverdagen på samme måte som sine naboer.

Uformelle roller og løsningsstrategier

Da jeg spurte en sykepleier på helsestasjonen om hva som kjennetegnet en god helsekontakt, svarte han at vedkommende må være profesjonell, men også god i *jogo de cintura* ("vrikke på hoftene"). Med dette mente han at helsekontaktene også måtte kunne finne kreative løsninger på problemer som de møtte, og ikke bare holde seg til tradisjonelle måter å løse problemene på. Vi skal i det følgende se nærmere på denne tendensen til å søke løsninger uavhengig av de formelle kanalene som PSF legger opp til.

I dette perspektivet er det ikke uvesentlig at helsekontaktene ved helsestasjonen var brukere av, og avhengige av, det offentlige helsevesenet. Vi kan derfor også se på dem som beboere i São Pedro, som brukere av helsevesenet og ikke bare myndighetenes representanter. I møte med ressursknapphet og manglende evne til å innfri lovbestemte rettigheter, møter også helsekontaktene en organisasjon som ikke klarer å møte de behovene de eller deres familie har som brukere. I likhet med de øvrige beboerne må de også på dette området, som mange må når det gjelder økonomisk aktivitet, derfor forsøke å finne andre måter å løse problemene på enn det som er tilgjengelig gjennom de lovlige og formelle kanalene. Den store ressursmangelen i helsevesenet gjør imidlertid at denne problemløsningen som foregår via uformelle kanaler er så vanlig at den påvirker hvordan PSF utfolder seg i São Pedro, og den innvirker i stor grad på hvordan en helsekontakt utøver og tolker sin rolle.

Jogo de cintura- å vrikke på hoftene

Helt konkret ser vi at mange helsekontakter selv søkte biomedisinsk assistanse utenfor PSF. I Vitória er det mange offentlige sykehus og spesialistbehandlinger som ikke er tilknyttet PSF, selv om de er en del av SUS. Enkelte av disse behandlingsstedene tar mot øyeblikkelig hjelp, noe som gjør at man kan oppsøke disse stedene uten referanse fra helsestasjonen, eller uten å måtte søke om plass på venteliste for behandling hos spesialist. Gjennom PSF derimot, henstilles alle til å oppsøke helsestasjonen (poliklinikken ved mer alvorlige akutttilfeller) slik at denne kan avgjøre hvilket behandlingsnivå som er relevant for de ulike pasientene. Slik skal man kunne kanalisere pasientgruppene til rett sted og gi dem optimal behandling i forhold til hvordan ressursene er fordelt. Det er imidlertid flere grunner til at man ikke ønsker å gå omveien via helsestasjonen. Lang ventetid for å få time hos spesialist eller frykt for at helsearbeiderne ikke skal forstå at det dreier seg om noe alvorlig og nekte dem henvisning til sykehus⁵³ var bare noen av årsakene. Andre uttrykte misnøye med den legen som hadde ansvaret for området de bodde i og ønsket å bruke andre leger. Dette var også en del av helsekontaktens hverdag. Jeg forsto etter hvert at flere av dem ikke brukte helsestasjonen slik PSF legger opp til. En av dem fortalte at legen på deres team var *meio voando* (litt svevende, fjern, distré) og fortalte at hun alltid reiste rett til barnesykehuset, *Hospital Infantil*, når barna var syke. Her kjente hun en lege som hun likte. En annen fortalte at hun opplevde det litt flaut å konsultere med legen for sitt område (som også er legen på teamet hun jobber på) og oppsøkte derfor *Hospital das Clínicas*, et annet sykehus i byen ved behov. Når det gjaldt spesialistbehandling, kjente de også til hvilke steder man kunne oppsøke hvor man kunne få time samme dag bare man møtte opp personlig og ikke lot helsestasjonen ta seg av

⁵³ Da en ung mann døde i oktober 2001, uttrykte mange beboere at de ikke hadde tillit til den lokale poliklinikken. Vedkommende hadde oppsøkt hjelp flere ganger, men blitt sendt hjem uten videre behandling.

koordineringen av ventelister. På den andre siden oppdaget jeg at flere leger på disse stedene som ikke var tilknyttet PSF tok imot pasienter som egentlig ikke hadde krav på behandling. Jeg tok opp temaet med en av dem og han fortalte at han ofte tok imot pasienter utenom de fastlagte rutineene fordi de ellers ville fortsatt å lide.

Jeg kunne fortsatt å vise til en rekke empiriske eksempler på helsekontaktens egen atferd når det gjaldt å søke hjelp i det offentlige helsevesenet. Hensikten her er imidlertid å vise til at selv om de kjente til, og brukte det offentlige helsevesenet i stor grad i tråd med intensjonene i PSF, viste det seg at de unnlot å følge de påleggene om å alltid henvende seg til helsestasjonen (eventuelt poliklinikken) for henvisning før de oppsøkte andre behandlingsnivåer i SUS. Det som gjør dette interessant, er at de som helsearbeidere kjenner godt til hvordan helsevesenet fungerer. Dermed besitter de kompetanse og etablerer kontakter i helsevesenet som gjør at de har større kunnskap om hvordan man kan løse problemer som ikke lar seg løse via formelle kanaler. Én av helsekontaktene uttrykte at det for henne aldri hadde vært et problem å få hjelp gjennom det offentlige helsevesenet. Det var bare et spørsmål om å vite hvordan man skulle gå fram, hun visste hvordan hun skulle mestre *jogo de cintura*.

Hjelpere i systemet

Det er med denne bakgrunnen det blir interessant å se hvordan de utøver sin rolle som helsekontakter. Når vi på besøksrundene besøkte beboere som uttrykte sin frustrasjon over manglende imøtekommenhet på helsestasjonen, sinne over lange ventetider, arroganse fra ansatte på poliklinikken og til slutt irritasjon over PSF som ble drevet med alt for få ressurser, kunne helsekontaktene presentere en rekke uformelle løsninger. De kunne fortelle om hvilke sykehus beboerne kunne oppsøke for å unngå ventelister og hvilke leger som kunne anbefales. På mange måter kan man si at de ble beboernes uformelle kontakter med helsevesenet. Der hvor helsevesenet ser på rollen som en profesjonell helsearbeider som også

bor i bydelen, vil jeg hevde at beboerne snur på rekkefølgen av identiteter og betrakter ofte en helsekontakt som en nabo som også har funnet seg en jobb på den lokale helsestasjonen.

Denne vektleggingen som kanskje kan sies å rette oppmerksomheten vekk fra helsekontaktens universalistiske og profesjonelle rolle over til et mer uformelt og relasjonelt perspektiv, kan hjelpe oss til å forstå bedre hvordan en helsekontakt ofte kan sies å være en uformell hjelper. De blir i praksis ressurspersoner som beboerne kan henvende seg til, personer som kjenner helsevesenet, personer som kan hjelpe til med å finne veien gjennom et byråkratisk system av plikter og rettigheter. De er fremdeles Lucimar, Roberta, Ana Maria og Marisa, men de kan hjelpe til med folks hverdagsproblemer. Som en helsekontakt er de kun tilgjengelige mellom 08.00 og 17.00, men som beboere er de tilgjengelige hele døgnet. Derfor var det ikke uvanlig at de ble kontaktet av beboere som hadde behov for hjelp på en eller annen måte til alle døgnetstider.

Det var ingen unik situasjon å se at helsekontaktene brukte sine kontakter og kunnskaper for å forsøke å oppfylle de behov, krav og forventninger som befolkningen knyttet til SUS og PSF. Vi kunne stoppet på dette tidspunktet og belyst de aspektene som Vike presenterer i det norske helsevesenet hvor ansatte i førstelinjetjenesten må "strekke seg" for å møte de krav som stilles fra ulike parter for å overleve som moralske personer (Vike 2002). Til forskjell fra det empiriske materialet som danner grunnlaget for Vikes konklusjoner, kan ikke helsekontaktene i São Pedro i samme grad skille mellom sin rolle som profesjonell og andre sosiale identiteter. Riktignok tar de av seg uniformen etter endt arbeidsdag, men de forlater ikke stedet når den fastlagte arbeidstiden er over. Dette skaper en situasjon hvor det blir legitimt å også betrakte dem som uformelle hjelpere slik det er gjort rede for over.

Hvis vi igjen vender tilbake til DaMatta, kan vi se hvordan den daglige interaksjonen mellom helsekontaktene og beboerne kan minne om det "ritualet" han kaller *Do you know*

who you are talking to!?. En samhandlingssituasjon som i utgangspunktet skal være definert av egalitære koder for atferd, innordnes i et verdiunivers hvor relasjoner og posisjon i samfunnet i forholdet til helsekontakten blir viktige. Her er det en samhandling som ikke definerer helsekontakten som en representant for myndighetene (forsøkt vektlagt for eksempel gjennom uniformen) men det faktum at både tjenestemottaker og representanten for tjenesteyter begge er beboere i bydelen, brukere av helsevesenet og som "fattige" står i et hierarki underlagt makteliten, politikere, offentlig administrasjon og andre autoriteter. Selv om dette ikke like utvetydig er en negativ opplevelse, slik DaMatta omtaler sin analyse av det daglige ritualet, ser vi at situasjonen (møtet mellom helsekontaktene og beboerne) i stor grad preges av deres felles sosiale og økonomiske situasjon sett i forhold til myndighetene. Hvem helsekontakten "er" i den sosiale konteksten hun opptrer i, ser altså ut til å henge sammen med det sett av statuser hun innehar også i hennes daglige samhandling med sine naboer. Hun utøver også sin rolle i tråd med de forventninger som stilles til å hjelpe en likemann/ kvinne i nød.

Å omgå regler

Å begrense rollen som helsekontakt til en rent profesjonell status, blir dermed en særdeles vanskelig oppgave. Den kan derfor i mange tilfeller betraktes som en rolle uten helt klare grenser. Den er ikke tydelig begrenset i forhold til profesjonalitet og påfølgende lojalitet, ettersom vi kan se en tendens til at rollen som helsekontakt er mer enn en profesjon og det ligger ikke en utvetydig lojalitet til arbeidsgiveren i rollen. Videre er den heller ikke begrenset i forhold til tid fordi den fungerer utenfor den definerte arbeidstiden. Denne utydeligheten påvirker naturlig nok hvordan helsekontaktene opplevde sin rolle. På den ene siden gav den til en viss grad stort spillerom for tolking av rollen, mens den på en annen side skapte forventninger hos beboerne når det gjaldt hva den skulle inneholde.

Over har vi sett hvordan helsekontaktene ”vrikker på hoftene” når de skal løse problemer knyttet til deres daglige oppgaver. Hvis vi vender tilbake til prosjektet *Bolsa de alimentação*, ser vi at dette kan være spesielt interessant fordi det låste de muligheter helsearbeidere i førstelinjetjenesten faktisk har når de skal forsøke å innfri forventninger fra brukerne. Det er en kjensgjerning at implementeringen av PSF har pågått i tre år, og at man faktisk finner løsninger på problemer man møter. I denne siste delen av kapittelet kommer vi derfor til å se på en godt kjent strategi som ble brukt, for så å avslutte med å vende tilbake til hvorfor *Bolsa de alimentação* ble så problematisk for helsekontaktene.

Jeitinho

De fleste brasilianere er kjent med uttrykket *dar um jeitinho* (å gi en *jeitinho*). Dette uttrykket er vanskelig å oversette direkte til et tilsvarende uttrykk på norsk. Jeg vil derfor først forsøke å forklare dets innhold og illustrere det med et empirisk eksempel som også kan forklare hvorfor det er relevant å se nærmere på dette begrepet i studiet av PSF i São Pedro.

Livia Neves de H. Barbosa har foretatt en studie av fenomenet *jeitinho* og definerer det bredt som “...a fast, efficient, and last-minute way of accomplishing a goal by breaking a universalistic rule and using instead one's informal social or personal recourses.” (i Hess & DaMatta 1995:36). Det dreier seg om en måte å be om tjenester på som ligger et sted mellom vanlige tjenester (*favour*) og korrupsjon, mener hun. På den ene siden er det ikke en tjeneste fordi det aldri etableres noen forventning om resiprositet mellom giver og mottaker. Det etableres dermed ikke noen hierarkisk relasjon hvor mottaker står i gjeld til giver. Videre mener hun at det skiller seg fra *favour* ved at det er noe hvem som helst kan be deg om uavhengig av personlig relasjon til deg som potensiell giver. Samtidig ligger det ikke noen forventning om økonomisk eller personlig gevinst ved å gi en *jeitinho*, og skiller seg på denne måten fra korrupsjon (ibid.:38). Hun betegner det som en samhandling hvor populærfilosofien bak atferden har utspring i livets uforutsigbarhet: ”I dag er noen andre i trøbbel, men i morgen

kan det være meg” (ibid.39). Vi kan kanskje si at det er en måte å få en mulighet som egentlig ikke er tilgjengelig med mindre noen i sympati bryter en universell regel for å hjelpe vedkommende. La oss se på et eksempel fra São Pedro for å tydeliggjøre hva uttrykket kan bety.

Jeg fulgte med en av mine hovedinformanter, helsekontakten Roberta, på et hjemmebesøk hos en kvinne. Vi kan kalle henne Aparecida. Aparecida hadde via noen naboer bedt Roberta komme på besøk til henne fordi hun trengte medisinsk assistanse. Da vi kom dit satt hun seg ned og viste Roberta en dyp blå linje som gikk langs fotbladet på utsiden av høyre fot, og som hun fortalte forårsaket en del ubehag og smerte. Roberta kunne ikke si hva det var, og anbefalte henne å oppsøke legen på helsestasjonen slik at det kunne behandles videre der. Dette var imidlertid ikke kvinnen helt fornøyd med. Hun klaget over at dersom hun gikk dit for å bestille time, måtte hun vente i flere uker og det hadde hun ikke lyst til. Da Roberta sa at hun kunne få en time for øyeblikkelig hjelp dersom hun passet på å stille seg opp i kø ikke senere enn klokken 5.00, uttrykte kvinnen at det våget hun ikke. I likhet med mange kvinnelige beboere i São Pedro, ønsket hun ikke å gå ut i gatene sent på kvelden og tidlig på morgenen av frykt for å bli utsatt for noe kriminelt. Hun spurte da om det ikke var noe Roberta kunne gjøre.

Roberta tenkte seg om litt før hun svarte. Hun fortalte kvinnen at det fantes en mulighet. Den påfølgende dagen skulle legen på helseteamet besøke alle sengeliggende pasienter i området og Roberta kunne da fortelle at Aparecida var sengeliggende. Da ville de få legen til å komme innom henne og hun kunne få konsultasjon med en gang. Roberta påpekte imidlertid at det var viktig at kvinnen virkelig satt eller lå i sengen da de kom dit slik at helsekontakten unngikk å få irettesettelse for å misbruke legens knappe tid. Dagen etter fikk jeg lov å følge med legen på hennes besøkrunder, og jeg fikk også være med inn til

Aparecida. Riktignok hadde hun glemt at hun skulle være sengeliggende, men legen kom i alle fall til huset og hun fikk utskrevet resept på noen medisiner. Det hører med til historien at Roberta aldri fikk noen irettesettelse fra legen.

Barbosa hevder at fenomenet *jeitinho* er et vanlig brasiliansk fenomen, så normalt at hun også knytter det opp mot forestillingen av hva det vil si å være brasilianer (ibid.). Aksepterer vi hennes påstand om fenomenet, og også holder fast ved at det empiriske eksempelet over ikke er unikt, kan det være relevant å betrakte *jeitinho* som noe som også i stor grad forventes fra beboerne i bydelen. Aparecida uttrykte at det var problematisk å følge de fastsatte lover og regler og spurte eksplisitt om helsekontakten kunne gjøre noe med situasjonen. Roberta fant raskt en løsning som hun vurderte at ikke ville få alvorlige konsekvenser utover det at hun risikerte en irettesettelse, selv om strategien hun valgte var et klart regelbrudd. Å bryte formelle regler, lover og rutiner blir dermed ikke bare noe en helsekontakt gjør i møte med opplevelse av egen utilstrekkelighet, men også noe som til en viss grad forventes. Når helsekontaktene da opptrer som hjelpere i hverdagen, tillegges det også visse forventninger i forhold til at de ikke bare skal kunne kjenne til "smutthull" i systemet. I tillegg vil jeg hevde at det forventes at de kan bryte de formelle lover og regler for å imøtekomme behov som av ulike grunner oppleves som berettiget.

Dette perspektivet kan også gjøre at vi forstår en rekke andre forhold i forvaltningen av det offentlige helsevesenet i Brasil. Selv om vi her ser mest på helsekontaktens hverdag, var det også flere andre profesjonelle som benyttet seg av *jeitinho*. Det er ikke plass til å gi en full empirisk presentasjon av dette, men jeg vil bare kort vise til et forhold som også taler sitt utvetydige språk i statistikkene. I utgangspunktet er det bare er beboere som er registrert i området som kan motta hjelp ved helsestasjonen. Allikevel viser det seg at 18,8% av konsultasjonene som ble foretatt i São Pedro i juli 2001 ble foretatt med pasienter som kom

fra andre steder⁵⁴, altså konsultasjoner som rent juridisk sett er illegale. Koordinatoren på helsestasjonen forklarte dette med at man måtte se gjennom fingrene med at ikke alle som kom hadde rett på behandling på akkurat denne helsestasjonen, ettersom alternativet var at de som kom ikke fikk noe hjelp i det hele tatt.⁵⁵

Når handlefriheten låses

Det er her vi kan vende tilbake til kampanjen *Bolsa de alimentação*. Gjennom dette prosjektet kan vi ved å ta utgangspunkt i den motstanden som ble uttrykt, finne eksempler på at det egalitære individperspektivet som myndighetene bygger sine prosjekter på ikke alltid er forenlig med den sosiale konteksten prosjektene implementeres i. Den formelle tilnærmingen til beboere i São Pedro som statsborgere som bor i definerbare stabile hushold, som har en målbar inntekt og som har en profesjonell relasjon til helsearbeiderne, svarer ikke helt til hverdagen i São Pedro. Fordi antallet hjelpepakker som skulle deles ut var begrenset, var det heller ikke mulig å manipulere med data slik at forventninger fra beboerne kunne innfris. Dette låste dermed de mulighetene helsearbeiderne generelt, og helsekontaktene spesielt, hadde for å finne uformelle utveier av dilemmaet som oppstår. Uansett hvor mye de visste om helsesystemet, hvor flinke de var til ”å vrikke på hoftene”, hvor kreative de var og hvilke *jeitinhos* som kunne finnes, ville ikke forventningene innfris. *Bolsa de alimentação* lot seg dermed ikke inkludere i et samhandlingsunivers hvor hierarkiske samhandlingsrelasjoner dominerer over det egalitære verdiunivers.

⁵⁴ Av totalt 14352 registrerte konsultasjoner var 2609 av pasientene fra andre bydeler, 66 fra andre *municípios* og 18 fra andre stater. (Kilde: SEMUS) Selv om jeg over vektla hvordan enheter i SUS som ikke er tilknyttet PSF åpner opp for at pasienter kan få behandling, vil jeg anta at det i realiteten også er mulig å få slik uformell ”spesialbehandling” også på enheter som er tilknyttet PSF, uten at jeg har empirisk dokumentasjon for dette.

⁵⁵ Det viser seg også at innbyggere i Paraguay og Bolivia, som bor nær grensen til Brasil, ofte får behandling gjennom SUS hvis de reiser over grensen for å søke hjelp (O Globo: Jornal Nacional 12.04.03).

I DaMattas beskrivelse av *rua* og *casa* er det essensielt at husene har områder som ser ut mot, og inkluderer gaten utenfor. Hjemmene har vinduer som man ser ut gjennom, men som også gjør det mulig å se inn. Husets veranda, eller stolene som plasseres på utsiden av huset, fasiliterer interaksjon mellom hjemmet og gaten. DaMatta bruker dette som symboler på det han mener er viktige aspekter ved sosial samhandling i brasilianske samfunn. En samhandling som åpner for begge univers, med aspekter av *reinforcement* og *encompassment* uten at de er gjensidig ekskluderende.

Konklusjon

Helt til slutt er det viktig å samle sammen trådene i dette kapittelet for å tydeliggjøre hva jeg forsøker å vise ved å rette oppmerksomheten mot helsekontaktene, eller *Agente Comunitários de Saúde*, som er deres profesjonelle tittel.

For å si det veldig bredt, kan vi si at jeg har forsøkt å vise at helsevesenets aktiviteter blir påvirket av sin egen utilstrekkelighet i forhold til å møte forventninger og behov, samtidig som aktørenes samhandling underlegges de sosiale relasjoner som allerede eksisterer i den gitte konteksten. Disse to forholdene (ressursknapphet og alternative samhandlingskoder) preger interaksjonen mellom beboere i São Pedro og representanter for helsevesenet.

I begynnelsen trakk jeg fram Halvard Vikes beskrivelse av det norske sosial- og helsevesenet for å belyse hvordan begrensede økonomiske rammer kombinert med nesten ubegrenset rettighetslovgivning skaper en vedvarende opplevelse av ressursknapphet. Denne ressursknappheten oppleves som et dilemma i møte med prioriteringer som må foretas, et dilemma som imidlertid forvaltes av organisasjonens førstelinje i form av at det er de som må forvalte velferdsstatens grenser. Jeg har forsøkt å vise hvordan vi kan se liknende tendenser i det brasilianske helsevesenet, samtidig som jeg har forsøkt å vise til at dette dilemmaet

forsterkes fordi det spesielt hos helsekontaktene tillegges forventninger knyttet til deres totale sett av statuser og ikke bare deres profesjonelle rolle.

Ved å ta utgangspunkt i prosjektet *Bolsa de alimentação*, har jeg så forsøkt å belyse hvordan dette dilemmaet blir tydeliggjort. Vi har sett hvordan rollen som helsekontakt kan forstås som en rolle som strekker seg utover de egenskapene som tillegges gjennom den profesjonelle tittelen. Det faktum at helsekontaktene også er beboere gjør at samhandlingen mellom helsestasjonen og tjenestemottakerne i stor grad formes av dette. Her er det riktignok ikke riktig å hevde at dette skyldes det faktum at helsekontaktene var beboere i området, fordi uformelle løsninger foregikk også i relasjon til andre helsearbeidere. Allikevel er forventningen om at uformelle løsninger finnes sterk og som beboere er det vanskeligere for helsekontaktene enn for andre helsearbeidere (som tilhører andre klasser, bor andre steder) å unndra seg disse forventningene. *Bolsa de alimentação* var tydelig begrenset, men åpnet ikke for muligheter til å iverksette alternative løsningsstrategier for å møte forventninger knyttet til prosjektet. Dermed møtte det stor motstand fra helsearbeiderne på helsestasjonen og frykt for å bli stilt personlig til ansvar for et system som preges av ressursknapphet.

Jeg skal trekke videre deler av det jeg har belyst i dette kapittelet når jeg nå går over til siste kapittel i avhandlingen. På samme måte som myndighetenes perspektiv på aktørene i helsevesenet ikke alltid sammenfaller med brukernes syn på samme relasjon, skal vi se at beskrivelse og opplevelse av sykdom til tider kan være sterkt avhengig av den sosiale kontekst den opptrer i. Ved å se nærmere på forståelsen av begreper som hypertensjon eller høyt press, vil jeg forsøke å vise at ikke bare er sosiale relasjoner underlagt lokale idealer for samhandling, men hvordan biomedisinske begreper transformeres og uttrykker aspekter ved hva det vil si å bo São Pedro.

6 Høyt press og høyt blodtrykk

For meg var det blant annet den ressursknappheten som kom til syne gjennom det offentlige helsetilbudet i Brasil, som tydeliggjorde andre alternative helbredelsesformer og strategier i møte med sykdom og lidelse. Jeg vil imidlertid i dette kapitlet forsøke å vise at mangelen på oppfølging av de rådene, veiledningen og kravene som ble formidlet fra de profesjonelle på helsestasjonen dreier seg om langt mer enn mangel på ressurser. Jeg vil forsøke å vise dette ved å først å si litt generelt om hvordan helsepersonell gjennom sine daglige aktiviteter måtte forholde seg til alternative perspektiver på helse, sykdom og helbredelse. Deretter vil jeg gå over til å spesielt ta for meg hvordan man kan betrakte fenomenet hypertensjon slik det brukes av beboere i bydelen. Jeg ønsker med dette å stille spørsmål til om helsevesenets definisjon av sykdom, helbredelse og årsaksforklaringer kan sies å være en oppfatning som de deler med beboerne i São Pedro. Hensikten med dette er å forsøke å vise hvordan den lokale sosiale kontekst ikke bare påvirker opplevelse og forståelse av relasjonen mellom helsevesenet og dets brukere, men at selve opplevelsen av sykdom kan henge sammen med alternative perspektiver på omgivelsene og den sosiale situasjon den manifesteres i.

Å ta godt vare på seg selv

Se você tiver um pressão muito alto ou muito baixo e você não aguentar andar, [...] você vai lá e eles não tem vaga. [...] tem de se cuidar bem.

Hvis du har høyt trykk eller (så) lavt trykk at du ikke orker å gå [...] (når) du går dit (til helsestasjonen), har de ikke flere plasser igjen. [...] ...en må passe godt på seg selv.

Irina

Dette utsagnet fra en av beboerne i São Pedro ble framsatt under en samtale vi hadde om helsevesenet i bydelen. Utsagnet er interessant fordi det inneholder påstander og formuleringer som kan være med på å forstå hvordan sykdomsopplevelse og kurative prosesser ikke alltid korresponderer med de perspektiver som formidles gjennom det offentlige helsevesenet.

For det første er hennes bruk av begrepet ”høyt trykk” (*pressão[muito] alto*) identisk med de ordene som ble brukt for å beskrive tilstanden hypertensjon (høyt blodtrykk). Jeg tror imidlertid at hun ikke nødvendigvis refererte til hypertensjon slik det beskrives av det biomedisinske helsevesenet, men at hun heller refererte til en generell tilstand av å være syk. Jeg vil utdype og argumentere mer for dette nedenfor, men her vil jeg kort begrunne denne antakelsen i at temaet for samtalen var helsevesenets manglende evne til å møte akutte behov. Hun bruker en generell beskrivelse av det å erfare sykdom som et eksempel når hun illustrerer helsevesenets utilstrekkelighet og henvender seg til begrepet *pressão alta*.

Hun avsluttet også utsagnet med å si et en må passe godt på seg selv. Rett etter dette tok hun meg med bak huset og viste meg ulike planter som hun brukte for å lage te. For å unngå å gå til legen var det viktig at man spiste de rette plantene og at man passet på å drikke mye te, forklarte hun.

I tidligere kapitler i denne avhandlingen har jeg valgt å legge vekt på hvordan helsevesenet som organisasjon og administrativ enhet implementeres i en konkret sosial kontekst. Her endrer jeg tyngdepunktet for å inkludere aspekter hvor beboere i bydelen ikke bare er potensielle pasienter på helsestasjonen, men også aktivt handlende individer som forholder seg til sine sykdommer, helbredelse og ulike terapeutiske prosesser som en del av et sosialt fellesskap hvor de sier at de forsøker å passe godt på seg selv.

Banan- en unyttig frukt

Det jeg opplevde som det mest fremtredende alternativet til den behandling som ble tilbudt gjennom det offentlige helsevesenet, var bruken av planter og urter som dannet grunnlag for hjemmelagede ”medisiner”, kurerende te og ulike dietter. Selv om de fleste jeg snakket med var klar over at det biomedisinske helsetilbudet også anvender planter til framstilling av medisin og at ernæring er en viktig del av den behandlingen som gies, vil jeg hevde at måten dette ble anvendt på av mange beboere i São Pedro ikke kan sies å korrespondere med

helsevesenets biomedisinske oppfattelse av hvordan man kan bruke planter, urter, dietter og andre ”naturpreparater” i møte med sykdom.

I samtale med helsepersonell på helsestasjonen uttrykte de aller fleste at bruken av urter og planter i behandlingen av pasienter var et positivt bidrag til det medisinske tilbudet som ble gitt gjennom helsevesenet. Jeg la merke til at helsepersonellet også i stor grad oppmuntret til at pasientene skulle bruke de mulighetene til helseforebyggende tiltak og helbredelse av sykdom som bruk av urter og planter kunne gi. I mange av journalene kunne jeg også lese at det var oppført betegnelsen *caseiro* (hjemmelaget) der det sto henvist til hvilke medisiner pasienten brukte. Disse hjemmelagede medisinene besto av planter som var tilgjengelige i nærområdet (både som viltvoksende og dyrkede vekster, men de ble også solgt på markedet og i butikker) og kunne bli tatt som eneste behandling eller sammen med medisiner som ble gitt på helsestasjonen.

Det er imidlertid viktig å understreke at det ikke var helsevesenet som tok initiativet til å bruke lokale planter og vekster i sykdomsbekjempelse. De fleste husholdene som disponerte dyrkbar jord hadde en eller annen form for urte- eller frukt- og grønnsakshage. Da beboere i området forsto at jeg studerte hvordan de forholdt seg til sykdom og helsevesenet, ble jeg ofte vist ulike planter og fortalt hvordan de kunne hjelpe mot alt fra konkrete lidelser som tannverk til mer bredt definerte lidelser som hodepine og magesmerter, eller at de bare hjalp deg til holde deg frisk. Som sagt korresponderte ofte beboernes oppfatninger om hvordan de ulike plantene kunne brukes med helsepersonellens anbefalinger, eller de tok disses anbefalinger til etterretning. Imidlertid er det viktig å framheve at disse oppfatningene til tider også kunne divergere sterkt fra de anbefalinger som helsevesenet gav.

For eksempel uttrykte en av sykepleierne frustrasjon over at folk ikke ville ta til følge hans oppfordringer om å spise bananer. Dette var en frukt som var lett tilgjengelig både fordi den var billig og fordi mange hadde banantrær utenfor husene. Den var også viktig rent

ernæringsmessig. Sykepleieren beklaget imidlertid at beboerne ikke anså dette som et ernæringsmessig viktig bidrag i kostholdet, men at de betraktet det som en unyttig plante som i beste fall kunne bidra til å stille den verste sulten. På samme måte var mange helsearbeidere bekymret over en utstrakt praksis med å gi nyfødte barn te allerede fra de var en uke gamle. Blant annet var jeg med på flere besøk hos en ung mor som nektet å følge helsepersonellens pålegg om å ikke gi te til sin nyfødte. Til tross for at de forklarte at det kunne være direkte skadelig for barnet, henviste hun til råd hun hadde fra sin egen mor, hva hun selv hadde fått som liten og praksis blant andre mødre hun kjente. Ved flere anledninger forklarte beboere at de ikke tok medisiner som ble foreskrevet av legen fordi de heller foretrakk preparater framstilt på ”ren” måte, at de ikke er industrielt framstilt. Andre utsagn vitner også om at hvilke kurative prosesser man velger må relateres til større verdensanskuelser av religiøs eller kosmologisk karakter. En kvinne forklarte at hun ikke trengte å oppsøke lege så lenge hun leste regelmessig i Bibelen og drakk te. Andre (ofte kristne med dypt engasjement i menigheten) kunne advare meg mot å bruke visse typer planter med henvisning til at de ble brukt i ritualer i afro-brasilianske religioner.

Jeg vil ikke gjøre noe forsøk på å skape en oversikt over et ”lokalt” alternativt helsesystem. Til dette er det empiriske materialet jeg har tilgjengelig alt for spredt og lite konsistent (se også s. 80). Her vil jeg imidlertid vektlegge at bruken av planter og urter som forebyggende, lindrende eller kurativ behandling, vitner om en praksis som kan inkludere biomedisinske perspektiver, men at det også utgjør en del av en større helhet hvor elementer som tradisjon (å gi te til nyfødte), religion og annen type kunnskap av lokal eller individuell karakter er med på å kontekstualisere hvordan dette skal anvendes. Jeg vil derfor påpeke at bruken av urter og planter i relasjon til helse og sykdom kan inngå i en videre kontekst som går ut over de aspekter som et biomedisinsk perspektiv tillater. Dette aspektet er et viktig utgangspunkt i den diskusjonen som følger, hvor jeg kommer til å ta mer konkret for meg

tilstanden hypertensjon. Til tross for en tilsynelatende enighet om at fenomenet er en lidelse som kan behandles, vil jeg argumentere for at mange beboere i São Pedro betrakter hypertensjon som noe langt mer enn en fysisk tilstand av somatisk karakter.

Pressão alta

I tidligere kapitler har vi sett hvordan lokalbefolkningen og helsearbeidere kan ha ulike opplevelser av den sosiale virkelighet der PSF implementeres, og vi er blitt kjent med noen av de utfordringene dette fører med seg. I forlengelsen av dette vil jeg her forsøke å vise at disse til dels ulike oppfatningene også kan medføre ulike perspektiver på sykdom, noe som igjen impliserer forskjellige definisjoner av relevante problemer og påfølgende løsningsstrategier.

Som eksempel på dette har jeg valgt å se nærmere på fenomenet høyt blodtrykk (hypertensjon)⁵⁶. Dette har flere årsaker. For det første viste det seg at av de registrerte ikke-smittsomme lidelsene var hypertensjon den desidert hyppigste i bydelen, og mange mottok behandling for dette⁵⁷. Derfor var det en lidelse som mange hadde et eller annet forhold til. For det andre er det en tilstand som i seg selv ikke uten videre kan klassifiseres som sykdom. Det oppleves svært sjelden som ubehagelig, og de gangene hypertensjonen i seg selv gir symptomer er disse ofte uspesifikke som svimmelhet, tretthet eller hodepine, plager som også kan ha en rekke andre årsaker. I tillegg er det ikke nødvendigvis selve hypertensjonen i seg selv som er problemet, men det er en av flere faktorer som øker risikoen for hjerte- og karsykdommer. Selv om det da er definerte verdier som betraktes som *for høye*, er det allikevel vanskelig å gi en konkret definisjon av hvor høyt blodtrykket skal være før det igangsettes en form for behandling, ettersom dette avhenger av en rekke andre variabler (Hunskår 1997). Det er også vesentlig å bemerke at høyt blodtrykk i motsetning til andre

⁵⁶ For spesielt interesserte kan det være relevant å påpeke at jeg omtaler *essensiell hypertensjon* når jeg referer til ”den biomedisinske” definisjonen på hypertensjon (Aursnes 2001).

lidelser ikke er smittsomt. Det kan derfor betraktes som en tilstand man lever under, hvor arv og livsstil er avgjørende for hvorvidt man er disponert for lidelsen eller ikke. For det tredje oppdaget jeg at de fleste beboerne selv hadde et ganske bevisst eller aktivt forhold til begrepet *pressão alta* (høyt trykk) og viste ofte til blodtrykknivået for å forklare hvorfor de følte seg stresset og hadde hodepine eller var slitne og slappe. På informasjonsmøter om blodtrykk var det også relativt godt oppmøte og menn var godt representert blant pasientene som aksepterte behandling (se kapittel 4). Til tross for at man sjelden finner symptomer på hypertensjon, vil jeg hevde at mange allikevel hadde en konkret *erfaring* av lidelsen.

Hypertensjon er en tilstand som oftest mangler opplevelse av ubehag og som innenfor en biomedisinsk tilnærming må betraktes i relasjon til en rekke andre variabler. Samtidig representeres tilstanden gjennom en stor pasientgruppe og er et begrep som brukes aktivt av beboerne i São Pedro. Dermed åpner det opp for en forståelse av fenomenet som går utover den strengt biomedisinske definisjonen hvor man ikke kan verifisere lidelsen uten adekvate måleinstrumenter. Til tross for at lidelsen sjelden kan merkes rent fysisk, hadde helsevesenet relativt stor ”suksess” med å overbevise beboerne om at dette var en reell lidelse. Imidlertid skal vi se at beboernes forståelse av lidelsen gikk videre enn den biomedisinske definisjonen på hypertensjon.

Teoretiske perspektiver

Før vi tilnærmer oss fenomenet hypertensjon slik det forekommer i São Pedro, kan det være nødvendig med klargjøring av en teoretisk plattform som kan gi grunnlag for en fruktbar diskusjon av fenomenet.

⁵⁷ Helsestasjonen hadde registrert 640 hypertensive. Den ”nest hyppigste” lidelsen var sukkersyke med 111 registrerte tilfeller (SEMUS juli 2001). Antall tilfeller med astma ble imidlertid ikke registrert jevnlig i dette området.

I denne forbindelse vil jeg benytte noen perspektiver som er hentet fra medisinsk antropologi og begynne med Arthur Kleinmans kjente modell om *disease* og *illness*. For å forstå hvordan sykdomsuttrykk relateres til en kulturell kontekst, mener han at det kan være fruktbart å betrakte sykdom som henholdsvis *disease* og *illness* (Kleinman 1978). *Disease*, hevder Kleinman, kan forstås som ” a malfunctioning in or maladaptation of biological and/or psychological processes” (ibid.) Innenfor et biomedisinsk perspektiv, vil det referere til en biologisk ubalanse i kroppen uavhengig om sykdommen eller tilstanden er kulturelt eller individuelt akseptert eller ikke. *Illness* viser på sin side til “the *experience* of disease (or perceived disease) and the societal reaction to disease. Illness is the way the sick person, his family and social network perceive, label, evaluate and respond to disease” (ibid.). *Disease* og *illness* utgjør dermed overlappende og utfyllende begreper som sammen utgjør en forståelse av sykdom som er interessant for antropologen.

Kleinmans modell er blitt kritisert blant annet for å i stor grad hvile på en biomedisinsk forståelse av sykdom og framstilling av *disease* som en objektiv framstilling av sykdom uten at man tar tilstrekkelig hensyn til sosiokulturelle aspekter (Rhodes 1996, Hahn 1984a). Det gjør det vanskelig å betrakte det biomedisinske paradigmet som et kulturelt system (Rhodes 1996) som kan være med på å fordekke maktrelasjoner og sosial ulikhet ved at *disease* framstilles som ”naturlig”, eller gis det Geertz i sin definisjon av religion kaller en ”aura of factuality” (Geertz 1973c:108). Nancy Scheper-Hughes viser i sin studie fra Pernambuco i Brasil til hvordan sult som konsekvens av store sosiale ulikheter blir definert som et medisinsk problem. Pasientene får medisiner mot lidelser som er et resultat av underernæring, uten at lidelsenes egentlige årsak, fattigdom, ujevn ressursfordeling og kronisk sult blir behandlet. Hun hevder at det biomedisinske helsevesenet bidrar til at ulikhet og urettferdighet dekkes over ved å definere individene, ikke samfunnet, som syke (Scheper-Hughes 1992).

Som vi har vært inne på tidligere, retter Ronald Frankenberg oppmerksomheten mot den større sosiale konteksten som sykdommene opptrer i, beskrevet gjennom det som han kaller *the making social of disease* (se s. 80). Han bruker begrepet *sickness* for å rette oppmerksomheten mot "the total social process in which disease is inserted" (1980:119). Til forskjell fra Kleinman, mener han at det er analytisk mer fruktbart å begrense *illness* til "*the making individual of disease by bringing it into consciousness*" (ibid., egen utheving). Vi kan se at dette perspektivet likner på det Scheper-Hughes også bruker i det som er gjengitt over. Ved å relatere *disease* (konkrete lidelser) og *illness* (den individuelle bevissthet om sykdommen) til en større sosial, økonomisk og historisk kontekst, viser hun til at måten *disease/illness* uttrykkes henger sammen med, og er et uttrykk for, maktrelasjoner i Pernambuco. Denne analytiske distinksjonen og bruken av begrepet *sickness*, kan være til hjelp når vi skal se nærmere på fenomenet hypertensjon slik jeg møtte det i São Pedro, fordi det gir oss et analytisk abstraksjonsnivå som hjelper oss å betrakte både *disease* og *illness* som begreper som forvaltes i en gitt sosial kontekst. Jeg kommer imidlertid ikke til å anlegge et utildekket marxistisk utgangspunkt slik både Scheper-Hughes og Frankenberg gjør. Jeg kommer derimot til å bruke *sickness* begrepet for å vise til hvordan hypertensjon blir *made social*. Dette perspektivet kan være nyttig for oss, fordi det hjelper oss å betrakte hypertensjon slik det ble brukt av beboere og til dels av helsearbeidere i São Pedro: det retter fokuset mot den sosiale konteksten vi studerer og hvilke sosiale relasjoner lidelsen opptrer under. På en måte vil jeg gå motsatt vei av hva Scheper-Hughes gjør. I stedet for å vise hvordan et sosialt problem fordekkes ved at det blir beskrevet med referanse til individets svakhet, vil jeg hevde at den lokale forståelsen av hypertensjon som en kvalitet ved individene i mange sammenhenger snarere åpenbarer aspekter ved samfunnet og livets harde realiteter. For å konkretisere dette vil jeg derfor gå over til å vise til et empirisk eksempel som kan være med på å skape relevante rammer for den videre diskusjonen.

Å erfare høyt blodtrykk

Hypertensjon eller høyt blodtrykk, ble i São Pedro ofte referert til som *pressão alta* (høyt trykk/press). Dette uttrykket kan i imidlertid fungere som metafor på portugisisk på samme måte som på norsk eller engelsk. *Pressão alta* trenger derfor ikke bare referere til blodtrykksnivået, men det kan også referere til en opplevelse av for eksempel psykisk eller sosialt press. Denne doble betydningen gjør det interessant å se hvordan beboere som hadde fått diagnostisert høyt blodtrykk opplevde denne lidelsen. Det er spesielt interessant å spørre hvordan det kan oppleves å ha høyt blodtrykk ettersom vi vet at man sjelden kan oppleve symptomer på dette. Et besøk jeg foretok sammen med helsekontakt Lucimar kan være med på å vise til hvordan vi kan beskrive det å ha høyt blodtrykk i São Pedro.

Høyt press

Denne dagen besøkte Lucimar utelukkende beboere som hadde høyt blodtrykk for å se om de tok medisinene slik de skulle og for å oppmuntre til å føre en livsstil som i størst mulig grad begrenset risikoen for hjerte- og karsykdommer. En av pasientene var Dona Ana som lenge hadde vært definert som hypertensiv. Da Lucimar kom inn, spurte hun kvinnen om hvor høyt blodtrykket var ved forrige måling. Dona Ana viste til kortet fra helsestasjonen hvor alle målinger ble notert og oppgav verdier som Lucimar mente var alt for høye. Litt retorisk spurte hun om Dona Ana visste hvorfor blodtrykket hennes var høyt. Hun spurte om hun tok medisiner, mosjonerte eller om hun fulgte dietter for å kontrollere trykket, men kvinnen svarte at hun ikke gjorde noen av delene. Grunnen til dette var at hun ikke hadde følt noe ubehag, fortalte hun. Lucimar fortalte da at det var viktig å ta de nødvendige medisinene og å føre en livsstil som gjorde det lettere å holde blodtrykket på et lavere nivå. Kvinnen forsvarte seg imidlertid med å vise til at det var lite man kunne gjøre med blodtrykket hennes, og svarte: *Eu não gosto de ficar parado e luto muito. Então eu fico nervoso* ("Jeg liker ikke å sitte stille og

(jeg) kjemper mye. Dermed blir jeg stresset/urolig”).⁵⁸

Dette besøket er interessant fordi det uttrykker flere viktige aspekter av hva det kan si å være hypertensiv i São Pedro. Som en generell betraktning vil jeg bemerke hvordan det biomedisinske helsevesenet identifiserer en lidelse som ikke er relatert til noen opplevelse av ubehag. Allikevel bringes den til bevissthet i form av at det stilles forventninger til at pasienten skal foreta visse kurative tiltak på bakgrunn av prøveresultatene. Derfor blir det interessant å spørre hvordan pasienten selv erfarer tilstanden, en erfaring som både er av individuell og mer sosial eller kollektiv karakter.

For det første ser vi at hun ikke opplever noe ubehag. Derfor tar hun heller ikke medisiner, ettersom fraværet av symptomer gjorde at hun vurderte det som unødvendig. Denne atferden var ikke unormal og jeg møtte den mye i bydelen. Det var mange som i likhet med Dona Ana bare tok medisiner når de følte seg dårlige, eller som ikke gav medisiner til barna hvis de så friske ut. Det er ikke plass til å gå inn på grunnene til hvorfor pasienter ikke fulgte legenes anvisninger her, men jeg vil kort nevne at det kunne ha flere grunner. Noen bunnet i økonomiske prioriteringer (de trengte medisiner som må kjøpes, se for eksempel s.114), andre ønsket å unngå ”kjemiske” medisiner og sverget heller til urter og ”naturlige” eller ”rene” medisiner, mens andre igjen ville ha seg frabedt enhver befatning med helsestasjonen fordi de følte seg dårlig behandlet av personalet. Grunnene kan altså være av økonomisk art, kan bunne i alternativt syn på helse og helbredelse, eller dreie seg om relasjoner av personlig eller strukturell art, for å nevne noe. For å beholde fokuset for dette kapitlet velger jeg imidlertid å tro på Dona Ana sine ord når hun sier at hun ikke tok medisiner fordi hun ikke hadde noen erfaring av tilstanden som skulle tilsi at behandling var nødvendig. Når dette er sagt er det imidlertid helt vesentlig å vise til at hun allikevel godtok

⁵⁸ Begrepet ”nervoso” er ofte vanskelig å definere, men jeg har forsøkt å gjenspeile Dona Anas måte å bruke det på slik jeg tolket utsagnet i den gitte situasjonen. Flere antropologer har sett på hvordan man bruker dette

påstanden om at hun hadde høyt blodtrykk, noe som bringer oss over på det andre aspektet jeg vil belyse ved dette besøket.

På spørsmål om hvorfor hun hadde høyt blodtrykk, sa Dona Ana at dette hang sammen med at hun "kjempet mye" og at hun dermed blir *nervoso* (se fotnote nr. 59). Her vil jeg framheve at Dona Ana eksplisitt viser til en vedvarende *erfaring* som hun setter i relasjon til lidelsen som er påvist av helsevesenet. Selv om hun mangler symptomer på tilstanden i form av fysisk ubehag, betyr ikke dette at hun ikke knytter noen erfaring til det å være hypertensiv. Vi ser imidlertid at det som uttrykkes som relevant erfaring, er aspekter ved det å leve. Av det som er blitt presentert hittil av livet i São Pedro, kan vi se at hun refererer til en tilstand som mange lever under og hun trekker fram nødvendigheten av å kjempe (*lutar*) i dagliglivet for å begrunne at hun lider av høyt blodtrykk. Vi kan kanskje si at Dona Ana setter sitt høye blodtrykk i relasjon til opplevelse av høyt press i hverdagen. Arbeidsløsheten, ressursmangelen, kriminaliteten og usikkerheten gjør at hun som beboer i São Pedro lever under et vedvarende press, eller det som kalles *pressão alta* (høyt trykk), et uttrykk som både kan spille tilbake på den definerte lidelsen og som et aspekt ved tilværelsen. Det vi skal legge merke til, er at fenomenet nå relateres til en bestemt sosial kontekst på samme måte som fortellingene om helsevesenet ble relatert til andre hendelsesforløp og sosiale forhold i kapittel 2. Vi kan kanskje si at det å ha høyt blodtrykk *også* kan forstås som en måte å snakke om hvordan det er å leve i São Pedro.

Lavt blodtrykk

Før jeg går over til å forsøke å konkretisere hva som kan forstås som relevant erfaring i forhold til det å ha høyt blodtrykk, kan det være interessant å stoppe opp for å se på et tilfelle av hvordan en helsekontakt mente at hun hadde problemer med lavt blodtrykk. Det som gjør

uttrykket i Brasil for å beskrive sinnstilstander og sykdom. Se bl.a. Luíz Fernando Duarte 1986 eller Alves &

en slik komparasjon interessant, er at det hjelper oss til å se hvordan referanser til verdier ved måling av blodtrykket meget ofte står i relasjon til andre konflikter, abnormaliteter og malfunksjoner av mer sosial og psykisk karakter. At det er en profesjonell helsearbeider som opptrer som informant, gjør også at vi kan få innsyn i hvordan biomedisinsk kunnskap ikke nødvendigvis dominerer eller utelukker andre forklaringsmodeller.

Nelcí har jobbet som helsekontakt siden våren 1999. Som vi vet er helsekontaktens oppgaver å gi informasjon til sine naboer om hvordan man best mulig kan ta vare på helsen sin. Hun har gått på kurs og har ingen problemer med å forklare årsaker, konsekvenser og behandling av for høyt eller lavt blodtrykk slik legene forklarer det. Det er fredag, og jeg går sammen med henne og Gianni som vi møtte i kapittel 4 for å foreta hjemmebesøk. Nelcí er alenemor med en datter på 16 år, og en sønn som er 11 år. Hun har to havarerte ekteskap bak seg og har ved flere anledninger snakket om hvordan hun jobber mye for å få endene til å møtes og beskriver ofte livet som slitsomt. I dag føler hun seg ikke bra. Hun var syk i natt, forteller hun, og føler seg sliten og slapp. Det er forresten ikke bare denne siste natten eller bare i dag hun har følt seg sliten. Hun har følt seg sliten hele uka og henter fram en lapp hvor hun har skrevet ned blodtrykket sitt de fem siste dagene. Her viser hun til at verdiene på målingene har beveget seg fra 110/90 på mandag til 100/60 de siste to dagene. Det er ingen tvil, hennes utmattelse har vart over tid, og er ingen innbilt tilstand, konkluderer hun.

Etter det vi har sett av hvordan beboere i São Pedro relaterer til høyt blodtrykk, bør det ikke overraske oss at vi kan finne liknende tilnærminger til lavt blodtrykk. Vi ser hvordan det biomedisinske begrepet brukes, men utvides til å si noe om Nelcí's individuelle situasjon i forhold til sykdom og generell opplevelse av å være sliten. Vi ser at også her knyttes det et aspekt av erfaring til forståelsen av blodtrykk, noe som ikke nødvendigvis samsvarer med en

biomedisinsk definisjon. Jeg skal ikke gjenta diskusjonen over her, men heller konsentrere meg om Nelcí som profesjonell helsearbeider.

Blodtrykket varierer i løpet av en dag, og det første vi skal legge merke til er at variasjonene Nelcí viser til er så små at de er innenfor normale døgnvariasjoner. Disse små forskjellene gjør også at det er store muligheter for avlesningsfeil når målingen foretas. Innenfor biomedisinsk behandling av blodtrykk relateres også blodtrykknivået til en rekke andre variabler som gjør at konklusjoner om hvorvidt tilstanden er patologisk ikke alene kan slutes ut fra enkeltstående måleresultater. Dersom Nelcí's måleresultater innenfor et biomedisinsk paradigme er så usikre, må vi derfor spørre oss om hvorfor Nelcí (som er profesjonell) allikevel er så opptatt av blodtrykket sitt når hun føler seg syk og sliten. Jeg tror ikke det skyldes hennes begrensede tilgang til medisinsk kunnskap. Selv om hun ikke har mottatt langvarig opplæring på linje med sykepleiere og leger, ble det ofte samtalt på helsestasjonen om hvor slitsomt det var å måtte forklare folk at de hadde høyt blodtrykk selv om de ikke opplevde noe ubehag. En annen forklaring kan være at hun bruker begrepet som mer enn det hun har lært på kurs og annen undervisning. Dersom det er slik at blodtrykk i den lokale konteksten vi studerer også brukes for å si noe om andre sosiale forhold, slik det kan late til at hypertensjon framstår, kan vi kanskje anta at Nelcí som beboer i området også er vant til å bruke begrepet utover en biomedisinsk definisjon. Ikke bare godtar hun målingene og verdiene som disse gir, men hun forholder seg til dem i en utvidet kontekst hvor erfaring av svakhet og utmattelse underbygges av måleresultatene. Vi kan derfor anta at Nelcí også vil velge strategier for helbredelse i relasjon til de faktorer som hun opplever som utmattende i sine omgivelser. Her begynner jeg imidlertid å bevege meg ut i spekulasjoner som jeg ikke har empirisk materiale for å underbygge, og jeg skal derfor begrense meg til å konstantere at hun viser tegn til å oppleve sitt lave blodtrykk som mer enn det en biomedisinsk definisjon tillater.

Relevant erfaring

I det som er beskrevet over, har jeg forsøkt å legge vekt på at hypertensjon er et problem som både det biomedisinske helsevesenet og beboerne i São Pedro er enige om at eksisterer. Det later også til at de er enige om at tilstanden dokumenteres gjennom målinger som profesjonelle foretar. Så langt opplevde jeg et generelt samsvar mellom den biomedisinske definisjonen av tilstanden og den måten de fleste hypertensive jeg snakket med beskrev den.

Jeg vil imidlertid hevde at det finnes en viss forskjell når det gjelder hva som betegnes som relevant erfaring av tilstanden. Hypertensjon mangler symptomer og man er avhengig av adekvate måleapparater for å dokumentere tilstanden. Allikevel ser vi at både Dona Ana og Nelcí relaterer til erfaring når de forteller om blodtrykket. Disse uttrykkene, og mange andre beskrivelser av blodtrykk jeg møtte i bydelen, gjør at jeg vil hevde at vi kan forstå hypertensjon ut fra den *erfaring* som pasientene knytter til tilstanden, uavhengig av om den i et biomedisinsk perspektiv virkelig er relatert til det man kan måle på helsestasjonen. Ved å trekke oppmerksomheten vekk fra en biomedisinsk definisjon av *reell* erfaring i forhold til *disease* (symptomer, ubehag), og heller konsentrere oss om hva som er *relevant* erfaring av det å ha høyt blodtrykk, kan vi se at det later til at tilstanden er med på å beskrive psykiske tilstander og sosiale relasjoner og kanskje mer generelt: artikulere hva det vil si å bo i São Pedro. Dermed blir også hypertensjon noe mer enn en tilstand som oppdages og defineres gjennom det biomedisinske helsevesenet (*disease*) eller en lidelse som manifesteres som fysisk ubehag hos pasienten (*illness*). Det beskriver også et aspekt ved den sosiale virkeligheten, de er blitt *made social*, det uttrykker sosiale relasjoner i den konteksten det oppdages og behandles i og kan kanskje lettest forstås som det Frankenberg kaller *sickness*.

Å bo i São Pedro

Dersom vi godtar argumentene jeg har presentert over, forteller måten begrepet ”hypertensjon” eller *pressão alta* brukes i São Pedro noe om hvordan man opplever tilværelsen. Selv om det ikke kan sies å eksistere en lokal helhetlig forståelse av fenomenet, vil jeg hevde at tendensen til å bruke begrepet som en måte å beskrive hva det vil si å leve i et samfunn som det vi finner i São Pedro, var relativt vanlig. Det ble brukt både for å beskrive vedvarende tilstander slik Dona Ana gjorde, og for å beskrive opplevelser av mer temporær karakter slik Nelcí gjorde. Når vi nå har kommet til en erkjennelse av at betegnelsen kan oppleves på ulike måter i forhold til den definisjon og påfølgende behandling som helsevesenet gir, finnes det flere veier å gå i den videre analysen. Vi kan forfølge behandlingsprosessen og se om pasienten eller miljøet rundt denne foretar noen kurative tiltak og eventuelt hva som gjøres. Her kan vi også forfølge nærmere i hvilken grad helsevesenet har like stor suksess med behandlingen av hypertensive som de har med formidlingen av at det er en sykdom. Jeg har imidlertid valgt i dette siste kapitlet å beholde oppgavens hovedfokus og vende tilbake til hvordan den lokale erfaring (se for eksempel kapittel 2) og dagliglivet i São Pedro fungerer som referanseramme for beboerne i deres interaksjon med helsestasjonen.

Hvem lider av høyt trykk?

Hvis man spør hvem som lider av høyt blodtrykk, vil nok de fleste innbyggere i São Pedro vise til personer de kjenner som er hypertensive. På samme måte identifiserer og behandler helsevesenet også individer som har for høye verdier når man måler blodtrykket. Spørsmålet om hvem som lider av høyt blodtrykk kan derfor i første omgang oppleves som et spørsmål som ikke generer nyttig antropologisk innsikt. Imidlertid blir det interessant å stille dette spørsmålet i etterkant av analysen som er presentert over. Vi ser at hypertensjon både har en

kollektiv og individuell karakter, samtidig som det definerer og erkjenner noe som unormalt, truende og i ytterste fall dødelig. Derfor skal vi avslutningsvis følge dette spørsmålet for å kanskje forstå det bedre som et emisk begrep som sier like mye om kollektive lidelser som individuelle tilstander.

I den biomedisinske forståelsen av hypertensjon gis det behandling først og fremst i form av tabletter som skal tas regelmessig, men i akuttillfeller kan det gis intravenøst. Det framheves imidlertid at endring av livsstil er særdeles viktig hvor røyking, overdrevent alkoholinntak, fysisk passivitet og usunt kosthold kan bidra til alvorlig forverring av tilstanden. Det jeg imidlertid vil trekke fram er at samtidig som helsestasjonen har hatt relativt stor suksess med å kommunisere hypertensjon som en lidelse, har den langt mindre suksess med å formidle den nødvendige kurative prosessen. Som sagt var Dona Anas utsagn om at hun ikke tok medisiner fordi hun følte seg bra ikke uvanlig, og helsekontaktene pleide å sjekke hvor mye medisiner pasientene hadde igjen. I mange tilfeller viste det seg at pasienten hadde langt mer medisiner igjen enn det som hadde vært tilfellet dersom de hadde brukt dem slik det var foreskrevet. Når det gjaldt mosjon, var det mange som viste til at de ikke hadde tid til å mosjonere og at dette eventuelt var noe de fikk gjennom sine daglige gjøremål. Det som imidlertid vakte mest protester var oppfordringer om å unngå stress. En kvinne uttrykte det karakteristisk når hun spurte hvordan hun kunne unngå stress når hun ikke hadde jobb, tre barn og en utro ektemann. Dona Ana viste også til at hun kjempet mye i hverdagen, noe som medførte stress og uro. Den tilsynelatende suksessen med å begrepsfeste hypertensjon rokkes altså ved at den kurative prosessen i mange tilfeller ikke ble omfavnet i samme grad.

Mange beboere i São Pedro aksepterer altså definisjonen av et problem, men av ulike grunner aksepteres ikke løsningen på problemet. Jeg vil spørre om ikke helsevesenet gjennom sitt biomedisinske perspektiv karakteriserer hypertensjon som et problem som kan kontrolleres fordi individet kan foreta visse valg og prioriteringer i hverdagen. På den andre

siden tror jeg beboere i São Pedro i langt større grad opplever sin livsstil som en nødvendig tilpasning til de økonomiske og sosiale forhold de lever under, og at alternativ livsførsel er langt vanskeligere. Hvis dette medfører noe riktighet sviner likheten mellom den biomedisinske forståelsen av hypertensjon og beboernes opplevelse av høyt press ytterligere hen til tross for at begge er opptatt av fenomenet. Når så helsevesenet skal yte behandling for fenomenet hypertensjon, kan det være relevant å vende tilbake til Scheper-Hughes beskrivelse fra Pernambuco. Det som er "unormalt" er ikke bare en fysisk tilstand, men mangelen på ressurser og en truende hverdag med døden som ytterste konsekvens. Dermed lider ikke pasientene av hypertensjon, en tilstand som ikke kan erfares, men de lider snarere av høyt press, en tilstand som er en daglig erfaring som beboer i São Pedro.

Konklusjon

Anthropological investigations of health care practices have demonstrated that medical pluralism, or the existence and use of many different health care alternatives within societies is the rule and not the exception the world over.

Bradley P. Stoner (1986)

Innenfor medisinsk antropologi er det et velkjent fenomen at de fleste som søker helbredelse sjelden handler innenfor ett medisinsk paradigme eller bare benytter seg av ett tilbud om helbredelse. São Pedro som samfunn er ikke noe unntak i denne sammenheng. Hjemmelagede medisiner og eliksirer, håndspålegging, åndeutdrivelser og magiske helbredelsesritualer eksisterte sammen med tilbud om homøopati, akupunktur og utstrakt bruk av urter. Medisiner som var kjøpt eller tildelt fra helsestasjonen ble lånt bort til naboer og bekjente som hadde symptomer på lidelser som ble identifisert gjennom selvdiagnostisering. I denne floraen av helsetilbud opptrer det offentlige helsevesenet som en av flere aktører som tilbyr bedre helse og kurering av lidelser. Ved å rette oppmerksomheten konkret mot hvordan begrepet hypertensjon forstås av mange beboere i São Pedro, har jeg ønsket å understreke at opplevelse

og forståelse av sykdom må betraktes i relasjon til delte sosiale erfaringer og hvordan sykdom kan være uttrykk for disse.

Det er ikke en presentasjon av en helhetlig lokal forståelse av hva det vil si å lide av hypertensjon som har vært målet for dette kapittelet. Hensikten har snarere vært å peke på tendenser uten at jeg kan si at dette vil gjelde enhver hypertensiv pasient i området. Selvfølgelig finnes det mange som tar sine medisiner på riktig måte, som kontrollerer blodtrykknivået og som har både tid og anledning til å mosjonere og å spise sunt. Imidlertid har jeg forsøkt å vise hvordan biomedisinske sykdomsbegreper transformeres og tillegges mening når de implementeres og brukes i en gitt lokal kontekst. Jeg tror ikke dette fenomenet er begrenset til São Pedro, ettersom jeg også opplevde at helsepersonell og personer fra andre sosiale klasser brukte begrepet langt utover en ”medisinsk forsvarlig” definisjon hvor erfaringen var et essensielt element. Jeg har imidlertid forsøkt å klargjøre hva som kan være en relevant erfaring å knytte begrepet til slik jeg møtte det i São Pedro.

Ved å anvende begrepet *sickness*, har jeg forsøkt å legge vekt på at hypertensjon som en tilstand ved individer relateres til en større sosial sammenheng. Fordi forståelsen av begrepet *pressão alta* har en slik tilsynelatende suksess blant bydelens beboere, blir det derfor interessant å se hvilke erfaringer som blir relevante for pasientenes forståelse av tilstanden. Hypertensjon blir i så måte ekstra interessant fordi det er en lidelse som mangler symptomer og følelse av ubehag, samtidig som det er så vidt utbredt. Dermed blir det interessant å behandle fenomenet, ikke som en lidelse som mangler erfaring, men hvilken erfaring som gjøres relevant. Det er viktig å framheve at selv om jeg ikke tror at denne bruken av begrepet *pressão alta* er unik for São Pedro, kan måten det brukes på fortelle oss noe om en erfart sosial virkelighet.

Ved å se på dette fenomenet vender vi på en måte tilbake til utgangspunktet for denne avhandlingen. Det biomedisinske egalitære helsevesenet som gjør sitt inntog i en bydel hvor

det må forholde seg til, og underordnes, en rekke sosiale relasjoner. Det som da i utgangspunktet er en fysisk lidelse som helsestasjonen tilbyr behandling for, kan også fungere som en artikulering av sosiale forhold og det å leve under høyt press. Jeg har også forsøkt i dette siste kapitlet å skape en liten motvekt mot denne oppgavens øvrige fokus, hvor perspektiver av økonomisk og organisasjonsmessig karakter kan virke dominerende.

Selv om jeg ikke eksplisitt har brukt DaMattas begreper om *casa* og *rua* slik det er gjengitt andre steder i oppgaven, har dette kapitlet allikevel også har båret med seg mye av den grunnleggende teoretiske tilnærmingen som denne oppgaven er bygget rundt: hvordan beboernes daglige erfaringer er med på å sette helsevesenet, PSF og de begreper som myndighetene lanserer i en sosial kontekst som oppleves meningsfull for bydelens innbyggere.

Avsluttende bemerkninger

Helt til slutt vil jeg benytte anledningen til å oppsummere hovedtrekkene i denne oppgaven og å kort kommentere nytten av å studere PSF slik jeg har valgt å gjøre.

At sykdom, lidelse og helbredelse må forstås som fenomener som opptrer i gitte sosiale kontekster som er med på å forme terapeutiske prosesser (Csordas og Kleinman i Sargent & Johnson 1996), ligger som en grunnleggende antakelse gjennom hele denne oppgaven. Fordi et slikt utgangspunkt på mange måter er nødvendig for å legitimere bruken av begreper som *medisinsk antropologi* og *sosialmedisin/ samfunnsmedisin* har jeg ikke brukt mye plass for å argumentere for dette. Jeg har heller forsøkt å beskrive *hvordan* en slik sosial kontekst og erfaringen av denne kan være førende for interaksjonen mellom helbreder (helsevesen) og pasient (beboer).

Som et viktig utgangspunkt har jeg fokusert på hvordan ulike erfaringer av sosiale omgivelser er et nyttig utgangspunkt for å forstå noe av denne interaksjonen (se bl.a. Long 2000:189ff). Ved å se konkret på implementeringen av reformen *Programa de Saúde da Família* har jeg vist hvordan ulike aktører i São Pedro må forholde seg til ulike tolkninger av individets relasjon til sine omgivelser. På denne måten vil jeg spørre om ikke et slikt fokus på det offentlige helsevesenets relasjon til beboerne i bydelen også kan fortelle oss noe om hvordan vi kan beskrive og forstå sosiale relasjoner i lokalsamfunnet mer generelt. I denne forbindelse er det jeg har foreslått begrepene *casa* og *rua* slik det er beskrevet av DaMatta som nyttige referanser for å tolke mye av den empirien som er gjengitt.

Komparasjon

Ved å velge en tolkning av det empiriske materialet slik det er beskrevet over, tror jeg at oppgaven kan legge grunnlag for diskusjon og komparasjon. Selv om jeg mener at begrepene *casa* og *rua* kan fungere som nyttige verktøy til å forstå sosial interaksjon i bydelen, kan det

være at de ikke er dekkende nok eller at de dekker over visse referanser for sosial samhandling. Uten at det er plass til å gå inn på denne diskusjonen vil jeg bare kort minne om at Nancy Scheper-Hughes anvender begrepet *mata* (skog) som et tredje aspekt for å tydeliggjøre samhandling som bunner i forskjellene mellom rik og fattig (Sheper-Hughes 1992 se også s. 93). Selv om det nok er grunnlag for å diskutere utgangspunktet for analysene som presenteres, vil jeg allikevel hevde at det teoretiske utgangspunktet åpner for ulike typer komparasjon.

For det første kan man ved å bruke en tilnærming tilsvarende *casa* og *rua* tydeliggjøre endring over tid og ulikheter i forhold til lokalitet. PSF har som mål å bidra til bevisstgjøring rundt individets rettigheter og plikter i forhold storsamfunnet (som borgere i nasjonalstaten) hvor egalitære koder for samhandling aksentueres. Hvis man ønsker å finne tendenser til endring i koder for samhandling over tid, kan en endringer med referanse til relasjonen mellom *casa* og *rua* være nyttig. På samme måte kan det være interessant å se om de tendensene som jeg har beskrevet i São Pedro er gyldige også andre steder hvor PSF implementeres. Helt konkret kunne det være interessant å se hvordan implementeringen av PSF utfolder seg i Venda Nova de Imigrante, en liten landsby 140 kilometer fra Vitória.⁵⁹ Her er mange innbyggere mer ressurssterke enn i São Pedro samtidig som steds- og familietilhørigheten kan synes sterk. Ved å forsøke å betrakte relasjonen mellom *casa* og *rua* antar jeg at man innen ulike områder (kjønn, arbeid, sykdomsopplevelse, etc.) kan identifisere tilsvarende eller divergerende tendenser i forhold til det jeg har beskrevet i São Pedro.

⁵⁹ Kvinnen jeg bodde hos under feltarbeidet kom selv fra denne landsbyen som jeg besøkte ved et par anledninger. Her skulle PSF introduseres våren 2002.

For det andre tror jeg at denne oppgaven belyser tendenser og relasjoner som kan være relevante også i andre studier tilknyttet relasjonen mellom myndighetene og befolkningen i Brasil. Jeg har kort nevnt at det kunne være interessant å foreta en komparativ studie av et akuttpsykehus med tanke på kjønnsidentitet i forhold til forestillinger om helse, sykdom eller lidelse (s.103). Jeg tror imidlertid at det kan være relevant å se på andre ”prosjekter” og ”kampanjer” som myndighetene setter i gang gjennom en tilnærming tilsvarende det jeg har presentert i denne oppgaven. Her vil jeg for eksempel konkret vise til kampanjen *Fome Zero*, ’null sult’, som regjeringen igangsetter gjennom pilotprosjekter våren 2003. Denne kampanjen har som mål å sikre alle brasilianere tre måltider om dagen ”uten donasjoner fra noen” (president Luíz Inácio ”Lula” da Silva). Hvordan vil en slik kampanje, som søker å utjevne forskjeller og skape større grad av likhet, utfolde seg i et samfunn hvor hierarkier og personlige relasjoner kan synes dominerende?

Til slutt vil jeg påpeke at jeg antar at denne oppgavens komparative verdi ikke begrenser seg til Brasil eller Latin-Amerika. Det er gjort mange sosialantropologiske komparasjoner mellom for eksempel Brasil og USA (Hess & DaMatta 1995:297) hvor både forskjeller, men også likheter, er blitt belyst (se for eksempel Prado i Hess & DaMatta1995). På samme måte forventer jeg at denne oppgaven stiller spørsmål som også er fruktbare å diskutere i relasjon til sosiale kontekster som kan virke svært ulikt dagliglivet i São Pedro. Organisatoriske og administrative utfordringer, ressursknapphet, grader av hierarkiske og egalitære koder for samhandling, kjønnsidentitet i forhold til sykdom og helse og referanse til sykdom for å beskrive sosiale forhold kan identifiseres og studeres også i mange andre samfunn og kulturer, inkludert vårt eget (se for eksempel Kleinman 1980, Frankenberg 1980, Vike 2000, Eide 1997).

São Pedro i et øyeblikk

Helt til slutt vil jeg kort vende tilbake til PSF og São Pedro for å minne om at denne studien må betraktes som en beskrivelse av en bydel som har gjennomgått enorme forandringer de siste 25 årene. Jeg utførte feltarbeidet over en konsentrert periode hvor en rekke utviklings- og moderniseringstiltak i bydelen hadde blitt gjennomført, ble gjennomført eller var under planlegging (ikke bare innenfor helsevesenet). Mange av de forholdene som er beskrevet må derfor betraktes som deler av større dynamiske prosesser som ikke kan betraktes som avsluttede.

Jeg vil hevde at historiene som beboerne forteller om helsevesenet kan sies å artikulere sosial erfaring, men dersom endringene i bydelen er like store om 25 år, regner jeg med at historiene kan endre karakter og betydning etter hvert som ny sosial erfaring produseres. På samme måte er det klare tendenser til at latinamerikansk kjønnsidentitet (og forestillinger om dette) er under endring (Archetti & Stølen i Howell & Melhuus 1994, Gutmann 1996, Coelho i Hess & DaMatta 1995). Det er derfor ikke underlig hvis relasjonen mellom kjønn på den ene siden og arbeid, hjem og helse på den andre ser annerledes ut i fremtiden.

Jeg vil i alle tilfeller la diskusjonen som den er presentert hittil stå som et sosialantropologisk innspill i debatter som berører møtet mellom "hjemmet" og det offentlige helsevesenet i Brasil.

Kilder

- Almeida, Amylton de 1983 Lugar de toda pobreza, TV Gazeta, Vitória
- Alves, Paulo César og Rabelo, Miriam Cristina (red.) 1998 *Antropologia da saúde: Traçando Identidade e Explorando Fronteiras*, Editore Fiocruz & Relume Dumará, Rio de Janeiro
- Andreatta, Graça *Na lama prometida, a redenção*, O Recado, São Paulo
- Archetti, Eduardo P. & Stølen, Kristi Anne 1994 "Latin Amerika" i Signe Howell og Marit Melhuus (red.) *Fjern og nær : sosialantropologiske perspektiver på verdens samfunn og kulturer*, Ad notam Gyldendal, Oslo
- Archetti, Eduardo P. 1986 "Et antropologisk perspektiv på kulturell endring og utvikling" i *Internasjonal Politikk vol. 44, nr. 4-5*, Chr. Michelsens institutt for videnskap og åndsfrihet, Bergen
- Aursnes, Ivar 2001 "T8.1 Hypertensjon" i *Norsk legemiddelhandbok for helsepersonell 2001*, Foreningen for norsk legemiddelhandbok, Oslo
- Azevedo, Fernando de 1950 *Brazilian culture: an introduction to the study of culture in Brazil*, Macmillan, New York
- Banck, Geert A. 1986 "Poverty, Politics and the Shaping of Urban Space: a Brazilian example" i *International Journal of Urban and Regional Research* 10(4)
- Banck, Geert A. 1998 *Dilemas e Símbolos: estudos sobre a cultura política do Espírito Santo*, Instituto histórico e geográfico do Espírito Santo (IHGES), Vitória
- Barbosa, Livia Neves de H. 1995 "The Brazilian *Jeitinho*: An Exercise in National Identity" i Roberto DaMatta og David Hess (red.) *Brazilian Puzzle: culture on the borderlands of the Western World*, Columbia University Press, New York
- Calbari, Antónia 1997 "Cenos do movimento sindical capixaba: O passando recente e os desafios atuais" i *Escritos de Vitória 16- Movimentos sociais* Prefeitura Municipal de Vitória, Vitória
- Chaney, Elsa M. & Castro, Mary Garcia (red.) *Muchachas no more : household workers in Latin America and the Caribbean*, Temple University Press, Philadelphia
- Coelho, Maria Claudia Pereira 1995 "Rituals, Scandals and Sex Crimes: Attempted Rape-Murders Across Two Generations" i Roberto DaMatta og David Hess (red.) *Brazilian Puzzle: culture on the borderlands of the Western World*, Columbia University Press, New York
- DaMatta, Roberto & Hess, David J. 1995 *Brazilian Puzzle: culture on the borderlands of the Western World*, Columbia University Press, New York

- DaMatta, Roberto 1991 *Carnivals, rogues, and heroes : an interpretation of the Brazilian dilemma*, University of Notre Dame Press, Notre Dame (Ind.)
- Denzin, Norman K. 1989 *The Research Act: a Theoretical Introduction in Sociological Methods*, 3. utg., Prentice Hall, Englewood Cliffs N.J.
- Duarte, Luís Fernando Dias 1986 *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*, Jorge Zahar Editor/CNP, Rio de Janeiro
- Dumont, Louis 1975 "On the Comparative Understanding of Non-Modern Civilizations" *Daedalus*, vol. 104, no. 2:153-172 (ref. fra DaMatta 1991)
- Eakin, Marshall C. 1998 *Brazil the once and future country*, St. Martin Griffin, New York
- Eide, Ann Kristin 1997 *I medisinnmannens skygge: refleksjoner omkring samtaler med mennesker som har opplevd seg sviktet av helsevesenet*, Norse Publications, Bergen
- Engelstad, Fredrik (red.) 1998 "Kap. 20: Forskningsetikk" *Samfunn og vitenskap : samfunnsfagenes fremvekst, oppgaver og arbeidsmåter*, Ad Notam Gyldendal, Oslo
- Frankenberg, Ronald 1980 "Medical Anthropology and Development: A Theoretical Perspective" i *Social Science and Medicine vol. 14B*, Pergamon Press, Oxford, N.Y.
- Freyre, Gilberto 1963 *The mansions and the shanties = (Sobrados e mucambos) : the making of modern Brazil*, Weidenfeld and Nicolson, London
- Geertz, Clifford 1973 *The interpretation of cultures : selected essays*, Basic Books, New York
- Gupta., Akhil 2001 "Governing population" i Thomas Blom Hansen og Finn Stepputat (red.) *Sates of imagination: Ethnografic Explorations of the postcolonial State*, Duke University Press, Durham og London
- Gutmann, Matthew C. 1996 *The meanings of macho: being a man in Mexico City*, University of California Press, Berkley, California
- Hahn, Robert A. 1983 "Rethinking 'illness' and 'disease'" i *Asian Studies Vol. XVIII*
- Hart, Keith 1973 "Informal income opportunities and urban employment in Ghana" i *Journal of moderen African Studies 11*, Cambridge University Press, Cambridge
- Hart, Keith 2002 "Anthropologists and development" i *Norsk antropologisk tidsskrift nr. 1-2*, Universitetsforlaget, Oslo
- Holy, Ladislav & Stuchlik Michael (red.) 1981 *The structure of folk models*, A.S.A. monograph, London
- Hunskår, Steinar 1997 *Allmennmedisin : klinisk arbeid*, Ad Notam Gyldendal, Oslo
- IBGE (*Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*) www.ibge.com.br

- Jelin, Elizabeth (red.) *Family, household and gender relations in Latin America*, Kegan Paul International, London
- Hylland Eriksen, Geir Thomas 1990 "Innledning: hvor mange sykehussenger?" i *Kulturdimensjonen i bistandsarbeidet*, Ad Notam, Oslo
- Kleinman, Arthur & Csordas, Thomas J. 1996 "The therapeutic process" i Carolyn F. Sargent og Thomas M. Johnson (red.) *Medical Anthropology Contemporary Theory and Method*, Greenwood Press, Connecticut
- Kleinman, Arthur 1978 "Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems" i *Social Science and Medicine* 12, Pergamon Press, Oxford, N.Y.
- Kleinman, Arthur 1980 *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*, University of California Press, Berkeley, California
- Knauth, Daniela 1998 "Psicoterapia, depressão e morte no contexto da AIDS" i Alves, Paulo César og Rabelo, Miriam Cristina (red.) *Antropologia da saúde: Traçando Identidade e Explorando Fronteiras*, Editore Fiocruz & Relume Dumará, Rio de Janeiro
- Lobo, Susan 1982 *A house of my own : social organization in the squatter settlements of Lima, Peru*, University of Arizona Press, Tucson
- Lomnitz, Larissa 1987 "The Poor in the City, Networks and Social Marginality" i Eduardo P. Archetti, Paul Cammack og Bryan Roberts (red.), *Latin America* Macmillan Education, London
- Long, Norman & Acre, Alberto 2000 *Anthropology, development and modernities : exploring discourses, counter-tendencies and violence*, Routledge, London
- Long, Norman 2000 "Exploring local/ global transformations: a view from anthropology" i Alberto Acre og Norman Long (red.) *Anthropology, development and modernities : exploring discourses, counter-tendencies and violence*, Routledge, London
- Ministério da Saúde 1997 *Saúde da Família: Uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*, MS, Brasília
- Ministério da Saúde 2003, www.saude.gov.br
- Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e Combate à Fome (MESA), www.fomezero.gov.br
- Morsy, Soheir A. 1996 "Political Economy in Medical Anthropology" i Carolyn F. Sargent og Thomas M. Johnson (red.) *Medical Anthropology Contemporary Theory and Method*, Greenwood Press, Connecticut

- Neto, Eleutério Rodriguez 1994 "A reforma sanitária e o sistema único de saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas" i *Incentivo à participação popular no SUS*. MS/CIEC/NESP UnB, Brasília
- Nustad, Knut & Kaarhus, Randi 2002 "Introduksjon: Om antropologi og utvikling" i *Norsk antropologisk tidsskrift nr. 1-2 2002*, Universitetsforlaget, Oslo
- O Globo: Jornal Nacional 12.04.03
- Prado, Rosane 1995 "Small Town, Brazil: Heaven and Hell of Personalism" i Roberto DaMatta og David Hess (red.) *Brazilian Puzzle: culture on the borderlands of the Western World*, Columbia University Press, New York
- Price, Richard 1983 *First-time: the historical vision of an Afro-American people*, Johns Hopkins University Press, Baltimore
- Redfield, Robert 1930 *Tepoztlan : a Mexican village : a study of folk life*, The University of Chicago Press, Chicago
- Rhodes, Lorna Amarasingham 1996 "Studying Biomedicine as a Cultural System" i Carolyn F. Sargent og Thomas M. Johnson *Medical Anthropology Contemporary Theory and Method*, Greenwood Press, Connecticut
- Roberts, Bryan 1987 "The Poor in the City, Urban Careers and the Strategies of the Poor" i Eduardo P. Archetti, Paul Cammack and Bryan Roberts (red.) *Latin America*, Macmillan Education, London
- Rosendahl, Mona 1997 *Inside the revolution : everyday life in socialist Cuba*, Cornell University Press, Ithaca, N.Y.
- Scheper-Hughes, Nancy 1992 *Death without weeping : the violence of everyday life in Brazil* University of California Press, Berkeley, California
- Secretaria de Estado de Meio Ambiente e de Recursos Hídricos (SEAMA),
www.seama.es.gov.br
- Secretaria Municipal de Cultura 2001 6- *São Pedro*, Prefeitura Municipal de Vitória, Vitória/ES
- Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), Prefeitura Municipal de Vitória, ES
- Smith, Gavin A. 1987 "The Poor in the City, Confederations of Households: Extended Domestic Enterprises in City and Country" i Eduardo P. Archetti, Paul Cammack og Bryan Roberts (red.), *Latin America* Macmillan Education, London
- Soares, Ana Paula Macedo 1998 "Desenvolvimento Social, Projeto São Pedro" på <http://www.federativo.bndes.gov.br/dicas/D103.htm> , Banco Federativo (BNDES)

- Stoner, Bradley P. 1986 "Understanding Medical Systems: Traditional, Modern and Syncretic Health Care Alternatives in Medical Pluralistic Societies" i *Medical Anthropology Quarterly*
- Tonkin Elizabeth 1984 "8.2 Participant Observation" i Roy F. Ellen (red.) *Ethnographic research : a guide to general conduct*, Academic Press, London
- Turner, Victor 1982 "Social dramas and stories about them" i *From ritual to theatre: the human seriousness of play*, PAJ Publications, New York
- Van der Ploeg, Jan Douwe 1989 "Knowledge Systems, Metaphor and Interface: The Case of Potatoes in the Peruvian Highlands" i Norman Long (red.) *Encounters at the interface : a perspective on social discontinuities in rural development*, Agricultural University, Wageningen
- Varkevisser, Corlien M. 1995 i Arie de Ruijter og Lieteke van Vucht Tijssen *Cultural dynamics in development processes*, Unesco, Paris
- Vike, Halvard m. fl. 2002 *Maktens samvittighet: Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*, Gyldendal akademisk, Oslo
- White, Hayden 1973 *Metahistory : the historical imagination in nineteenth-century Europe*, Johns Hopkins University Press, Baltimore
- Wolf, Eric & Hansen, Edward 1972 *The human condition in Latin America*, Oxford University Press, New York
- World Health Organization (WHO) 1978 "Declaration of Alma-Ata", *International Conference on Primary Health Care 6.-12. September 1978* på <http://www.who.int/hpr/archive/docs/almaata.html>
- Young, Allan 1982 "The Anthropologies of Illness and Sickness" i *Annual review of Anthropology 11* Annual Reviews Inc.

Bilder og kart

Heitmann Illustrasjoner 2001-2003: Forside, kart over São Pedro s. 8, bilde s.45

Secretaria Municipal de Cultura/ Rogério Medeiros: bilde s. 40