

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**  
**INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL**

**OS CAMINHOS DA CURA:**

**Sistema de Representações e Práticas Sociais sobre Doença e Cura**  
**em uma Vila de Classes Populares**

**DANIELA RIVA KNAUTH**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL**

**ORIENTADORA: PROF<sup>ª</sup>. DR<sup>ª</sup>. ONDINA FACHEL LEAL**

**Porto Alegre, julho de 1991.**

## RESUMO

Este trabalho é resultado de uma pesquisa etnográfica desenvolvida junto aos moradores de uma vila de classes populares localizada na cidade de Porto Alegre. Aborda as representações e relações sociais de ordens diversas envolvidas no relacionamento entre profissionais da saúde e uma determinada população alvo de suas práticas. É a partir da percepção da doença que estes dois agentes sociais entram em relação, confrontando assim, diferentes concepções e práticas relacionadas a saúde, doença, corpo e cura. O presente estudo toma como contexto específico uma prática médica que se centra na noção de *prevenção* e uma população de baixa renda habitante da periferia urbana.

## ABSTRAT

This is an ethnographic study carried out in Porto Alegre, Brazil, which approaches the representations and social relations involved in the interaction between the groups: medical professionals working in *preventive medicine* and a low income group, target-population of the medical practices. Through the health professional's and the population's perception of illness, the two groups confront their different practices about their bodies, illness and health.

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .	.001
<b>Capítulo I: UMA ETNOGRAFIA DA VILA DIQUE</b> . . . . .	.006
1. A Vila Dique . . . . .	.006
2. A Relação dos Moradores com a Vila . . . . .	.009
3. O Cotidiano da Vila . . . . .	.014
4. Os Moradores da Dique: O que os une, O que os divide . . . . .	.020
5. O que <i>falta</i> na Vila . . . . .	.023
6. A Institucionalização do Poder Local:	
a Associação de Moradores . . . . .	.024
6.1. O <i>Chefe</i> da Vila . . . . .	.032
<b>Capítulo II: CORPO, SAÚDE E DOENÇA</b> . . . . .	.036
1. O Corpo: Forma, Aparência e Funcionamento . . . . .	.036
1.1. A Apresentação do Corpo . . . . .	.039
1.2. As Representações do Corpo . . . . .	.042
1.3. A "Substância" do Corpo . . . . .	.043
2. Saúde e Doença: Percepções e Representações . . . . .	.048
2.1. A Doença: Sinais, Causas e Significado . . . . .	.049
2.1.1. A Explicação da Doença: Causas <i>Naturais</i> e <i>Sociais</i> . . . . .	.051
2.2. A Percepção da Saúde . . . . .	.064
<b>Capítulo III: A BUSCA DA CURA: De Casa à Medicina Oficial</b> .073	
1. A Medicina Familiar: <i>Primeiro eu trato em casa</i> . . . . .	.076
2. A Procura da Medicina Oficial . . . . .	.081
2.1. Quando e Por que ir ao Médico . . . . .	.082
2.2. Onde ir: no <i>Postinho</i> ou no <i>Hospital</i> ? . . . . .	.084
2.3. A Percepção e o Relacionamento com o Médico . . . . .	.087
2.4. Do Diagnóstico a Terapêutica . . . . .	.096
2.5. A Avaliação do Médico . . . . .	.102

#### **Capítulo IV: A CURA ATRAVÉS DE OUTROS CAMINHOS:**

<b>Os Benzedores e a Religião</b> . . . . .	107
1. Os Benzedores . . . . .	108
1.1. <i>Tem que mandar benzer</i> . . . . .	111
1.2. Relação com os Benzedores e com a Medicina Oficial . . . . .	113
2. A Religião como Recurso de Cura . . . . .	116
2.1. Quando Recorrer à Religião . . . . .	117
2.2. Avaliação dos Recursos Religiosos . . . . .	122

#### **Capítulo V: SAÚDE COMUNITÁRIA:**

<b>Uma Concepção de Medicina</b> . . . . .	125
1. O Serviço de Saúde Comunitária . . . . .	126
1.1. A Proposta do Serviço de Saúde Comunitária: <i>Prevenção e Educação</i> . . . . .	129
2. O Posto da Vila Floresta . . . . .	133
2.1. <i>A Equipe</i> do Posto da Vila Floresta . . . . .	134
2.2. <i>A Diferença</i> do Posto da Vila Floresta . . . . .	136
2.3. <i>Prevenção e Comunidade</i> . . . . .	138
2.4. <i>O Trabalho Comunitário e a Comunidade</i> . . . . .	142
2.5. <i>Entre o Posto e a Comunidade</i> . . . . .	145
3. A Relação Médico-Paciente . . . . .	148

#### **Capítulo VI: O POSTINHO DA VILA DIQUE** . . . . . 153

1. A Vila Dique: uma <i>Comunidade Pobre</i> . . . . .	153
2. <i>O Trabalho Comunitário</i> na Vila Dique . . . . .	157
3. Os Médicos e a Associação de Moradores . . . . .	159
3.1. A Manifestação do Conflito . . . . .	164
4. <i>Fuga ou Expulsão</i> . . . . .	166
5. <i>Do Abandonar ao Ser Abandonado</i> . . . . .	172
6. População e Médicos: A Procura da Cura e a Prática de <i>Prevenção</i> . . . . .	177
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> . . . . .	180
<b>ANEXO</b> . . . . .	187

## **OS CAMINHOS DA CURA:**

### **Sistemas de Representações e Práticas Sociais sobre Doença e Cura em uma Vila de Classes Populares**

#### **INTRODUÇÃO**

A doença por ser, ao mesmo tempo, um acontecimento individual e social se constitui em um objeto privilegiado de estudo para a antropologia. É através da doença, que o social inscreve, naquilo que há de mais individual e natural - o corpo - suas marcas. Assim, se há uma dimensão biológica da doença, esta só se manifesta através de sua inscrição no social. A percepção da doença e de seus sinais, a explicação de suas causas e de seu sentido e a busca de sua cura, se dão a partir da ordem social e, mais especificamente, a partir de sistemas simbólicos determinados. A doença aciona um conjunto de representações e relações que, embora diferenciados em cada sociedade ou em cada cultura, são sempre sociais. Assim "é somente na medida em que a doença é, sob alguns aspectos, igualmente social nos diversos tipos de sociedades que se pode falar dela como um fenômeno antropológicamente significativo" (Augé, 1984:54).

Considerando a doença em sua dimensão social, este trabalho aborda as representações e relações sociais de ordens diversas envolvidas no relacionamento entre profissionais da saúde e uma determinada população alvo de suas práticas. É a partir da percepção da doença, seja por parte dos profissionais da saúde, seja por parte da população, que estes dois agentes sociais entram em relação, confrontando assim, diferentes concepções e práticas relacionadas a saúde, doença, corpo e cura. Este relacionamento entre profissionais da saúde e uma população alvo de suas práticas é tomado no contexto específico de uma

prática médica que se centra na noção de *prevenção* e de um grupo de classe popular.

O trabalho apresentado aqui, é resultado de uma intensa pesquisa etnográfica desenvolvida junto aos moradores da Vila Dique e junto aos profissionais da saúde vinculados ao Posto de Saúde da Vila Floresta, que atendem esta população. As relações que se estabeleceram entre pesquisador e pesquisados nestes dois universos, embora visando um mesmo objeto de investigação, são de ordens diferentes. Creio que a forma através da qual se desenvolveram estas relações é também reveladora das duas visões de mundo que eu buscava apreender.

No Posto de Saúde e junto as profissionais que ali atuam, eu era percebida como uma antropóloga que, mesmo não entendendo de medicina, poderia auxiliar a *equipe* à compreender melhor a *comunidade*. Fui assim incorporada, durante um determinado tempo, à equipe. Participava das reuniões, discutia às questões relativas ao Posto e à *comunidade*, auxiliava no planejamento de trabalhos a serem desenvolvidos junto a população. Durante este tempo, pude perceber, e mesmo sentir com a *equipe*, as *dificuldades*, na ótica médica, implicadas no tipo de prática que estes profissionais se propõem a desenvolver.

Na Vila Dique, minha posição não era tão definida quanto no Posto de Saúde. As pessoas da Vila me mapeavam conforme as experiências que tiveram com algum outro representante da cultura dominante. Assim, no início do trabalho de campo, eu era identificada como *doutora*, como *assistente social*, como *estudante*. A única certeza que possuíam, era de que eu não era dali, isto é, eu nem morava na Vila e nem pertencia a sua classe social. Por não entenderem bem o que eu fazia ali, os moradores da Vila acabavam por me perceber apenas como alguém que quer conversar, saber coisas da Vila e da vida das pessoas e que, eventualmente pode lhes *ajudar*. Diversas vezes fui questionada pelas pessoas sobre o que eu poderia fazer para solucionar determinado problema. Nestas situações, não me sentia tão à vontade quanto no Posto, pois minha formação profissional não era suficiente para responder satisfatoriamente a suas demandas. Por fim, os moradores da Vila acabaram aceitando os meus limites, reservando à mim apenas as questões que eu poderia de fato responder, tais como àquelas referentes a informações sobre as burocracias das instituições públicas.

Da mesma forma que eu, enquanto pesquisadora, me inseri no cotidiano do Posto de Saúde e na vida dos moradores da Vila Dique, este trabalho (resultante desta "intromissão"), se insere nas preocupações antropológicas de estudo dos sistemas de representações sociais. Mais especificamente, este trabalho se inscreve na área da Antropologia que toma por tema específico as representações de corpo, doença, saúde e cura.

O primeiro capítulo deste trabalho consiste numa descrição etnográfica da Vila Dique. Tem por objetivo situar as pessoas das quais vou falar no restante do trabalho em suas relações cotidianas. A descrição detalhada do ritmo e "tempos" da Vila, da ocupação de seus espaços e da dinâmica das casas e das pessoas, visa apreender a percepção de tempo e espaço dos moradores do local, categorias importantes para o entendimento das concepções de saúde e doença. Da mesma forma, a consideração das relações que os moradores mantêm com o local e com os representantes do poder local e dos diferentes níveis de identidades e divisões existentes na Vila, são fundamentais para a compreensão das relações que esta população estabelece com os profissionais da saúde.

No segundo capítulo, abordo especificamente as representações dos moradores da Vila Dique a respeito do corpo, doença e saúde. Como o corpo e a doença são percebidos, que cuidados demandam, que relações estes mantêm com a ordem social. Procuro evidenciar ainda os sistemas de classificação e explicação das doenças operados pelos moradores, bem como a concepção de saúde que estes estão acionando.

Os capítulos III e IV são destinados aos diferentes recursos de cura mobilizados pela população em caso de doença. No capítulo III trato especificamente, do uso dos recursos da medicina familiar e da procura da medicina oficial. Apresento assim, os princípios e critérios envolvidos na opção por estes recursos de cura. Em relação à medicina oficial, analiso como se dá a seleção de seus diferentes serviços, a interpretação do discurso médico e a avaliação deste recurso por parte da população. Já no capítulo IV, abordo a procura de outros especialistas de cura que não aqueles vinculados à medicina oficial. Estes são basicamente os benzedores e os especialistas religiosos.

No capítulo V retomo a problemática do trabalho a partir da perspectiva dos profissionais da saúde. Neste sentido, situo estes profissionais

dentro de seu contexto de atuação, ou seja, sua posição institucional, suas relações com os demais profissionais da saúde e com a população alvo de suas práticas. Evidencio também as concepções de saúde, doença e medicina que orientam as práticas e tomadas de posições destes profissionais.

Por fim, no último capítulo, detenho-me na análise dos diferentes fatores envolvidos no conflito entre os médicos e a população da Vila Dique. Tomo este momento de explicitação do conflito como ponto privilegiado para tecer algumas conclusões referentes as diferentes representações e relações, bem como diferentes expectativas, que se confrontam no relacionamento entre os profissionais da saúde e a população alvo de suas práticas. Retomo assim, numa perspectiva relacional, as percepções, concepções e práticas (a respeito de saúde, doença e cura), tanto dos moradores da Vila Dique como dos profissionais da saúde, para evidenciá-las numa situação específica de relação entre estes dois agentes sociais.

No que se refere a forma de exposição do material desta dissertação, cabe indicar que os nomes das pessoas do grupo de classe popular são fictícios. Em relação aos depoimentos dos profissionais do Posto de Saúde empreguei como critério de identificação apenas uma letra escolhida arbitrariamente em função do universo ser muito restrito. Ambos os procedimentos foram utilizados no sentido de preservar a identidade dos informantes. Os grifos, mesmo no texto de depoimentos, são meus. As traduções de citações quanto do texto não se encontrava em português foram feitas por mim.

Ao apresentar este trabalho, eu não poderia deixar de mencionar as diversas pessoas que contribuíram direta e indiretamente para a sua realização. As pessoas envolvidas mais diretamente são aquelas que, em todas as páginas deste trabalho, lembram a sua presença. Lendo este trabalho, ouço as suas vozes.

Não posso deixar assim de agradecer aos moradores da Vila Dique, que mesmo não entendendo direito o que eu fazia ali, me receberam em suas casas. Eles, me mostraram o seu cotidiano, me contaram suas histórias e responderam atenciosamente as minhas perguntas, por vezes indiscretas, e que quase sempre soavam estranhas para eles. Gostaria que este trabalho, de alguma forma, respondesse às muitas demandas que me foram feitas na Vila.

A toda *equipe* do Posto da Vila Floresta que me permitiu fazer parte do seu dia-a-dia, me intrometendo em todos os cantos do Posto e em todos os assuntos conversados ali, os meus sinceros agradecimentos. Espero que todo o empenho dispensado a esta pesquisa, ao discutirem comigo questões específicas, ao me permitirem acesso aos prontuários e as suas discussões, encontre neste trabalho um retorno.

A professora Ondina Fachel Leal, pela imensurável dedicação que despendeu na orientação deste trabalho, estando presente desde os passos iniciais do projeto de pesquisa até as últimas páginas aqui apresentadas, os meus mais profundos agradecimentos. Seus comentários pertinentes e incentivadores extrapolam os limites destas páginas, sendo difícil encontrar palavras para expressar a minha gratidão.

As discussões mantidas no seminário de tese coordenado pela professora Ondina Fachel Leal, também contribuíram diretamente para este trabalho. Aos colegas que dele participaram, lendo atenciosamente e discutindo todos os capítulos aqui apresentados, o meu sincero muito obrigado. Agradeço carinhosamente: a Ceres Victora, por dividir comigo interesses e preocupações comuns e por me permitir, por vezes, confundir meu objeto de pesquisa com o seu; a Denise Fagundes Jardim, pelas sugestões apropriadas e correções do texto; a Bernardo Lewgoy, por me lembrar sempre da importância do rigor na apresentação da análise.

Gostaria de registrar também os meus agradecimentos aos professores do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da UFRGS e aos meus colegas, com os quais discuti durante os seminários do Curso, várias das questões que se apresentam neste trabalho. Ao CNPq, que através de uma bolsa de estudo, possibilitou que, durante trinta meses, eu me dedicasse exclusivamente a este trabalho.

Não posso deixar ainda de agradecer àquelas pessoas que de outras formas contribuíram para a realização deste trabalho. Um carinhoso obrigado a Giovani Böhs pela compreensão nas horas oportunas. A Nereu Luiz Knauth e Maristela Riva Knauth pela presença e estímulo constantes - a eles dedico este trabalho.

## **CAPÍTULO I**

### **UMA ETNOGRAFIA DA VILA DIQUE**

#### **1. A Vila Dique**

A Vila Santíssima Trindade, mais conhecida por Vila Dique pelos seus moradores, localiza-se na periferia da cidade de Porto Alegre (Zona Norte). Distribui-se ao longo da Avenida Dique que faz a ligação entre a Zona Norte da cidade e a Avenida dos Estados, que desemboca em uma das principais vias de acesso à cidade (a Free Way ou auto-estrada Mal.Osório). A Avenida Dique é assim um dos locais de entrada e saída de produtos industriais e hortifrutigranjeiros da cidade, área denominada de "Porto Seco". Por esta razão a localização da Vila é um ponto bastante valorizado economicamente, sobretudo pelas diversas indústrias que se situam nas imediações.

A Vila Dique tem em um de seus lados a Vila Floresta, uma área residencial da cidade que dispõe de uma rede relativamente ampla de serviços de comércio, escolas, consultórios médicos, veterinário e de advocacia entre outros, e que além disto se localiza bastante próxima a três grandes hospitais públicos da cidade e a uma grande avenida que conta com um amplo comércio. Entre os moradores das duas vilas se estabelecem algumas formas de relação que se dão tanto por vias oficiais quanto por vias mais informais. Há por exemplo, em determinados momentos o contato que se estabelece através dos representantes das Associações de Moradores de ambas, mas há também o convívio quase diário

nas ruas da Vila Floresta entre os moradores desta e os moradores da Vila Dique. Os moradores da Vila Dique estão frequentemente na vila vizinha, seja para trabalhar selecionando o lixo deixado em frente as casas, seja para ir ao Mini-mercado ou ao Posto de Saúde que ali se localiza. Entretanto, dificilmente alguém da Vila Floresta vai até a Vila Dique<sup>1</sup>. E, apesar da proximidade geográfica entre as duas localidades, há uma grande distância social e cultural que separa seus moradores.

De um ponto de vista legal, a área da Vila Dique é de ocupação considerada ilegal, visto que de um dos lados da Avenida os terrenos são de propriedade da Base Aérea do Estado e, do outro lado pertencem a Prefeitura Municipal, local denominado de "Área Verde". Isto faz com que haja sempre uma potencial ameaça de expulsão dos moradores do local que, ocasionalmente é acionada, seja por representantes de órgãos públicos, como por exemplo um representante da CEEE (Companhia Estadual de Energia Elétrica), seja por indivíduos que possuem algum tipo de interesse investido no local, como por exemplo o presidente da Associação de Moradores local. Esta ameaça potencial de expulsão, aparece de diferentes formas nas representações dos moradores sobre a Vila, variando de acordo com suas trajetória e expectativas de ascensão social. Assim, esta ameaça de expulsão é muitas vezes usada como justificativa para o não investimento em "melhorias" na casa ou ainda como elemento que justifica o fato do morar na vila ser considerado transitório.

A Vila Dique conta com uma precária infra-estrutura sanitária pois, apesar de dispor de água encanada e energia elétrica, não possui uma rede de esgotos e nem mesmo desfruta do serviço municipal de limpeza. As casas que estão mais afastadas da avenida, para disporem de água encanada e luz, são obrigadas a fazerem ligações clandestinas, ou seja, "puxar" da rede elétrica ou hidráulica central, o que faz com que a energia elétrica venha com pouca intensidade, a ponto de impossibilitar o uso de alguns eletrodomésticos, como por exemplo o

---

1 Com exceção dos moradores da parte da Vila Floresta que se localiza bem ao lado da Avenida Dique e que é justamente a parte menos valorizada desta vila, em que se percebe uma relação de maior proximidade destes e os moradores da Vila Dique e até mesmo alguns laços de parentesco, os demais moradores se mantêm mais a distância das pessoas que provém da Dique. Frequentemente ouve-se "queixas" do "pessoal da Dique" pela sujeira que deixam no lixo.

liquidificador. Quanto a água, as casas contam em geral com apenas uma torneira, situada muitas vezes no pátio e portanto, sendo preciso trazer água da rua para dentro de casa. Tanto o lixo quanto o esgoto são depositados diretamente nos dois "valões" que delimitam a área de moradia da vila. O lixo é também colocado nas imediações das casas, nos terrenos desocupados e nas ruelas da Vila.

Os vários armazéns e bares que se distribuem ao longo da avenida são os responsáveis pelo fornecimento dos produtos de consumo diário mais imediatos como pão, leite, café e cachaça. Além disto, passam pela vila quase que diariamente camionetes e carroças vendendo verduras e frutas de qualidade inferior a preços mais acessíveis. O restante da alimentação, como feijão, arroz e farinha, é normalmente adquirido nos mini-mercados mais próximos. Os armazéns da Vila Dique não possuem muita variedade de produtos, sendo que muitos dos produtos consumidos tem que serem buscados nos Mini-mercados que se localizam na Vila Floresta. O mercado informal é bastante dinâmico na Vila. Assim, diversos tipos de produtos (como sabão, vassouras, roupas) são adquiridos de vendedores ambulantes que passam frequentemente pela vila e/ou dos próprios vizinhos que compram mercadorias no centro da cidade para as revenderem.

Além destes serviços, a Vila dispõe também de uma creche de propriedade da LBA (Legião Brasileira de Assistência), com uma Associação de Moradores,<sup>2</sup> com dois Clube de Mães<sup>3</sup> e com diversas Igrejas - há aproximadamente seis Igrejas em toda a extensão da Vila, dentre as quais duas são católicas e as restantes pertencem as diferentes denominações da Igreja Pentecostal - bem como com alguns serviços assistenciais que são prestados esporadicamente ou de forma continuada por entidades com esta finalidade.

- 2 A Associação de Moradores da Vila Dique desde a sua fundação até hoje sempre foi um alvo de disputas e conflitos e se encontra hoje desativada aguardando uma decisão judicial para ser realizada nova eleição. Abordarei esta questão específica mais adiante.
- 3 Dos dois clubes de Mães que formalmente existem na Vila apenas um se encontra desenvolvendo atividades, justamente o que é ligado a uma das Igrejas Católicas do local. Neste algumas mulheres ("sócias") se reúnem uma vez por semana a fim de confeccionar travesseiros e roupas para serem vendidas a "preço simbólico" ou doadas para as "pessoas mais carentes". Apesar de ter como "presidente" uma moradora da Vila, o Clube de Mães conta com a participação de duas freiras que desenvolvem um trabalho na Igreja. O outro Clube de Mães foi fundado pela mulher do ex-presidente da Associação de Moradores, tendo inclusive sua sede na casa deste, mas no momento se encontra desativado. Uma das principais atividades que desenvolvia era o "sopão comunitário".

Assim, é realizado uma vez por semana um "sopão" para os moradores da Vila com verduras fornecidas por uma entidade espírita, um dos Clubes de Mães recebe roupas de outra entidade assistencial para distribuir entre as crianças e, frequentemente, tem-se a distribuição de alguma outra coisa doada na Vila, sobretudo em determinadas épocas do ano como Natal ou períodos eleitorais.

O deslocamento das pessoas da Vila para o centro ou outros locais da cidade se dá através de duas linhas de transporte coletivo que dão acesso às duas extremidades da Vila, sendo que os moradores da parte central necessitam caminhar até uma destas extremidades, pois apenas em poucos horários do dia uma destas linhas passa por toda a Avenida Dique percorrendo a parte central da Vila. Já o deslocamento das pessoas da Vila Dique para as áreas mais próximas, como para a Vila Floresta, é feito normalmente a pé. Estas condições impostas ao deslocamento, sobretudo pelo serviço de transporte que serve o local, faz também com que muitas vezes as pessoas passem a buscar os serviços disponíveis no centro da cidade em detrimento dos serviços localizados da zona que, embora mais próximos geograficamente tem um acesso mais difícil. Um exemplo disto é a procura por recursos de saúde no centro da cidade uma vez que as duas linhas de transporte coletivos deixam os passageiros no centro da cidade, próximo a um hospital público, enquanto que a Zona Norte, muito mais próxima a Vila Dique, é um dos locais que contam com a maior quantidade de hospitais e serviços de saúde de Porto Alegre <sup>4</sup>.

## **2. A Relação dos Moradores com a Vila**

A população da Vila Dique é bastante heterogênea, bem como o são as relações que mantém com o lugar. Grande parte desta população não mantém um vínculo regular com o mercado de trabalho formal. Com exceção de poucas pessoas que trabalham em algumas indústrias ou estabelecimentos comerciais

---

4 Entretanto não se pode atribuir exclusivamente ao serviço de transporte que serve a Vila Dique a procura de recursos de cura no centro da cidade, pois existem diversos elementos que levam a isto (como a representação que os moradores possuem dos Hospitais mais próximos). A este respeito ver o capítulo III deste trabalho.

próximos, a maior parte da população (inclusive as crianças) trabalham na coleta e seleção de lixo e/ou fazem alguns biscates ocasionalmente. Já as mulheres, em geral, não trabalham fora de casa ou quando o fazem é em função de uma acontecimento considerado extraordinário, isto é, para satisfação de uma necessidade imediata e bem específica, como por exemplo comprar remédios para um filho doente ou em virtude da "falta de trabalho" para o marido. Neste sentido, elas optam por aqueles "serviços" que são mais ocasionais e sobre os quais elas podem ter um controle do quando ir, como as faxinas<sup>5</sup>. São poucas as mulheres que mantêm um vínculo empregatício mais formal, as que o fazem, trabalham como auxiliar de limpeza ou cozinha. Muitas das mulheres se manifestam contrárias a idéia de ter um trabalho mais formal e constante alegando que isto é muita *reponsabilidade* e que a vida de donas-de-casa e de mães não permite esta previsibilidade.

Uma parte desta população é formada por pessoas que moram há mais tempo na vila (entre 5 e 10 anos), outras que chegaram recentemente e que pretendem se estabelecer neste local e ainda outras que se consideram estando na vila apenas de passagem (mesmo que já estejam ali há mais de dois anos), isto é, que possuem projetos de se mudarem para outros locais. A relação que as pessoas mantêm com a Vila, seu local de moradia, varia conforme suas trajetórias e seus projetos de ascensão social.

Assim, por exemplo João, um dos primeiros moradores da Vila - há 13 anos mora ali - afirma não querer sair da vila pois considera atingido seu maior objetivo que é o de não ter que pagar aluguel, ou seja, ter uma casa própria, coisa que conquistou ali. Como pode se observar em suas próprias palavras:

"Toda a vida trabalhando para os outros e nada tinha. Eu tenho que trabalhar para mim também. Vivia de aluguel, ganhando pouco, disse que vou forcejar que um dia eu tenha pelo menos umas quatro tábuas para mim. Foi onde eu fui adquirindo aqui" (João, 75 anos).

---

5 A respeito do pouco interesse demonstrado pelas mulheres em manter um vínculo empregatício mais estável ver também Fonseca, 1987.

Para ele, a Vila é "boa" porque é nela que está construída a sua casa. Apesar de trabalhar atualmente de guarda-noturno, João considera que está agora trabalhando *para si* na medida em que não tem que dispendir parte de seus ganhos em aluguel. Seu projeto culmina com a construção de sua casa.

A perspectiva de João contrasta com a de outro morador da Vila que, apesar de morar ali quase o mesmo tempo, afirma estar na Vila apenas provisoriamente pois seus planos são os de *economizar* ali para ter condições de então "comprar um terreninho em Alvorada ou Cachoeirinha"<sup>6</sup>. O que para João era o grande objetivo, na percepção deste outro informante é apenas um meio para outras conquistas, como por exemplo *comprar um terreno*. Na sua perspectiva a Vila é um "lugar bom, mas não para morar", ou seja, é um lugar para estar apenas provisoriamente até se obter condições de ascender socialmente através da compra de um terreno, visto que a posse dos terrenos da Vila é considerada ilegal. Já João considera o terreno e a casa como suas propriedades, no sentido de que são permanentes e não provisórias.

A maior parte dos moradores da Dique vieram do interior do estado do Rio Grande do Sul ou mesmo de estados vizinhos, como Santa Catarina e Paraná. Mas há também uma parte dos moradores que são originários de Porto Alegre. Estas pessoas originárias do interior vieram em busca de *trabalho* e das *facilidades* atribuídas à cidade grande, como por exemplo as "coisas mais baratas" e o atendimento de saúde gratuito<sup>7</sup>. Entretanto, a avaliação da Vila em função destas *facilidades* se apresenta de forma diferenciada segundo a trajetória social e as experiências anteriores de cada morador. Neste sentido, enquanto que para uma parte dos moradores a Vila é *boa* por dispor de algumas destas *facilidades*, para outros ela é *ruim*, pois consideram que ela não contempla estas mesmas *facilidades*. A trajetória de duas informantes e a avaliação que estas fazem da Vila exemplifica estas diferentes percepções.

---

6 Alvorada e Cachoeirinha são dois municípios que integram a região da Grande Porto Alegre nos quais os terrenos podem ser adquiridos a preços mais acessíveis, visto serem áreas não muito valorizadas economicamente.

7 A respeito das *facilidades* atribuídas à cidade em relação a zona rural ou ao *interior* ver, entre outros, Cardoso, 1977 e 1988.

Sandra (45 anos) nasceu já em Porto Alegre e morou em outras vilas da periferia da cidade. Morou também algum tempo em São Paulo com uma "patroa". Foi então tentar arrumar emprego no Rio de Janeiro, mas não conseguiu nada. Voltou para Porto Alegre. Mora na Dique há 5 anos e trabalha fazendo faxinas esporadicamente. Na avaliação de Sandra, a Vila é um bom local para se morar, afirma:

**"É bom para tudo.** Quando quer consultar tem hospital perto que dá até para ir a pé; dá para trabalhar na Assis Brasil [uma avenida com uma ampla rede de comércio] e no Lindóia [bairro residencial vizinho] e ir a pé para o trabalho; tem farmácia perto; mercado. **Para quem é pobre é uma vila muito boa e de fácil acesso para tudo"**.

Júlia (22 anos), já tem uma opinião diferente a respeito da Vila. Ela é natural de Santo Ângelo (município do interior do estado do R.S.) onde sempre morou até vir para Porto Alegre. Veio para Porto Alegre porque seu marido trabalhava aqui. Quando chegou foi morar numa casa alugada num bairro próximo a Dique. Ficou lá alguns meses enquanto seu marido trabalhava no aereoporto. Se mudaram para a Vila Dique, pois não podiam mais pagar o alugel da casa onde moravam. Júlia mora na Dique há 9 anos, mas afirma:

**" Eu não gosto desta vila porque tudo é ruim.** É ruim de mercado, é ruim de tudo, é ruim de médico. Agora eu já me acostumei mais um pouco. Antes como eu brigava para sair daqui. Nunca gostei desta vila. **Aqui parece que estou no fim do mundo.** Não sei... aqui não tem um vizinho triste para a gente conversar direito, não tem um vizinho para a gente tomar chimarrão. Não sei, não é como lá na vila sabe [Navegantes]. Porque lá tu te levantavas de manhã já tinha uma vizinha para conversar com a gente(...). Era bom lá ninguém implicava com a vida dos outros. E aqui não... aqui se tu sai, faz uma coisa todo mundo sabe, é um horror aqui.(...)"

Assim, num dos casos relatados acima, a Vila é avaliada pela informante, em relação as suas experiências anteriores e em outros locais, tidas como negativas e portanto, a Vila é considerada *boa para tudo*, de *fácil acesso*. Mas, por outro lado, a Vila é percebida como *boa* em relação a uma determinada posição social - *para quem é pobre é uma vila boa* - ou seja, ela está em conformidade com

esta posição. No outro caso, o morar na Dique é contraposto a uma experiência considerada como positiva de ter morado em outro local e em condições diferenciadas. Neste sentido, a avaliação da informante remete a uma expectativa de ascensão social e, o fato de morar na vila passa a ser o *fim do mundo* na medida em que ele denuncia uma determinada posição social e o fracasso deste empreendimento.

Um outro fator que indica a relação que as pessoas estabelecem com a Vila é o investimento (social, econômico e/ou moral) que fazem ali. É desse modo que alguns moradores, como João, investem tempo e dinheiro na casa e no terreno - como por exemplo, agregando novas peças, plantando árvores e folhagens no terreno e pintando a casa - pois tem uma perspectiva de permanência no local. Já outros moradores justificam a falta deste tipo de investimento em função de seus planos de mudança ou mesmo da situação instável atribuída a própria Vila. O argumento mais utilizado é o de que a Vila vai ser removida deste local pois é *área verde* e portanto, seria inútil investir em melhorias ali.

Mas há também outros investimentos, como é o de trazer para morar na Vila os *parentes*, o que representa também uma expectativa de fixação no local<sup>8</sup>. Estas relações familiares passam também a funcionar como justificativa para o desejo de permanência no local, se contrapondo assim, a posição de que o morar na Vila deva ser transitório. Os *parentes* conferem maior legitimidade ao discurso que enfatiza a permanência na Vila, ao mesmo tempo que oculta, dessa forma, o reconhecimento de um possível fracasso que o continuar morando na Vila possa significar. É neste sentido que uma informante, ao se referir ao seu desejo de permanência na Vila afirma que poderia ir morar em "outro lugar melhor", mas que não quer sair dali para não ficar longe das filhas e netos. Ou, como exemplifica o depoimento de outro informante que diz:

"Eu estava pensando em ir embora para Caxias para trabalhar com os Fogaça [uma família para a qual já tinha trabalhado]

---

8 Sobre o caráter central da família e das relações de parentesco nas imigrações e estratégias de reconstituição destas relações no meio urbano ver Durham, 1973.

(...). Mas minhas filhas me convenceram que lá eu iria trabalhar muito (...) e não ter tempo para vir visitá-las. Resolvi então continuar morando na vila com as filhas" (José, 69 anos)

Pode-se pensar estes investimentos como parte das estratégias de reprodução<sup>9</sup>, de um modo específico de reprodução familiar que são acionadas a fim de garantir a "sobrevivência" da família, não apenas no sentido econômico mais imediato, mas também no sentido de sua existência social. O trazer os *parentes* para morar na Vila é um recurso que, por um lado, garante a manutenção econômica dos membros da família, mesmo daqueles que não contribuem diretamente para isto - por exemplo, uma irmã jovem que já é mãe e que não conta no momento com um marido, pode ser mantida temporariamente por algum *parente*. E, por outro lado, assegura a reprodução da família enquanto uma rede de relações com a qual se pode contar para diversos fins.

### 3. O Cotidiano da Vila

O dia começa tarde na Vila Dique. As pessoas se levantam por volta das nove horas da manhã. As carroças e os carrinhos começam a transitar em direção as vilas vizinhas a fim de coletar lixo nas imediações. As mulheres saem para fora para ver como está o tempo, se tem sol vão para o tanque lavar roupa, atividade que lhes ocupa toda a manhã. As crianças brincam nas proximidades da casa.

Ao meio-dia o movimento da manhã não é interrompido. As pessoas não tem um horário fixo para comer, uns comem à uma hora da tarde, outros às duas e outros nem comem. As mulheres em geral, não tem preocupação em fazer comida. Para as crianças ela improvisam qualquer coisa, com as sobras das refeições anteriores e os ingredientes que dispõe em casa. Tanto os homens quanto as mulheres afirmam comer apenas quando sentem fome e dizem isto num tom que denota uma certa "liberdade" que desfrutam em relação aquelas pessoas que têm a obrigação de ter sempre um horário para comer.

---

9 A respeito de estratégias de reprodução e do modo de reprodução familiar ver Bourdieu, 1989

À tarde, os homens que não saíram para trabalhar permanecem reunidos em grupos conversando em alguma sombra, em volta de um armazém ou na frente da casa de um deles. Alguns trabalham ao lado da casa selecionando o lixo coletado pela manhã. Já as mulheres, quando não possuem mais roupas para lavar, se reúnem na casa de uma vizinha ou *parente* para conversar. As crianças brincam em grupos onde os maiores se misturam com os menores. Fazem brinquedos com latas, potes e madeiras que há ao redor ou então brincam com algum brinquedo encontrado no lixo. O lixo exposto por toda a Vila e especialmente o lixo coletado pelos papaleiros é a grande diversão das crianças. As crianças maiores, com aproximadamente 12 ou 13 anos, fogem das outras para sair para "bagulhar", isto é, coletar lixo, de onde retornam sempre com alguma novidade para as brincadeiras. As menores reclamam e querem ir junto, entretanto sabem que a mãe não deixaria, pois apesar de brincarem livremente pelos arredores da casa, respeitam alguns limites estabelecidos pelas mulheres. Apenas as crianças muito pequenas, que ainda não sabem andar ou o fazem muito recentemente (0 a 3 anos) permanecem dentro de casa ou vão junto com a mãe até a vizinha. Estas ficam em geral no colo e recebem todos os tipos de cuidados, desde o cuidado com a alimentação até os cuidados com a limpeza do corpo e das roupas e com saúde.

A noite o cenário da Vila muda. As mulheres e as crianças se recolhem para dentro das casas, só os homens continuam a transitar pela rua, reunindo-se nos bares e armazéns para beber e conversar. Tem sempre alguma história para contar sobre a vizinhança, de um marido que bateu na mulher, da briga e dos gritos que se ouviu pela madrugada na casa do fulano ou de outro que queria "dar um tiro" no vizinho. Há assim, sempre um acontecimento noturno que atinge não apenas as pessoas diretamente envolvidas mas toda a vizinhança, ou seja, que "não deixou ninguém dormir".

O tempo na Dique passa assim. Ele não é nem percebido e nem marcado através do relógio. A dinâmica da Vila imprime um ritmo próprio à vida de seus moradores. São os aviões que cruzam o céu todos os dias nos mesmos horários, os programas do rádio, a sensação de fome, a intensidade de movimento na rua, que marcam o tempo na Vila. É a percepção do tempo por estes elementos

que estabelece o fim ou o início de uma outra atividade, como por exemplo, quando voltar para a casa ou mesmo qual a "hora do almoço".

Apesar do intenso burburinho, o ritmo da vida na Dique é bastante lento se comparado ao ritmo da vida de outras pessoas que também moram na cidade, como por exemplo daquelas que mantêm um emprego regular. O tipo de atividade remunerada que as pessoas exercem - coleta de lixo, faxinas esporádicas, trabalho irregular de pedreiro - já por não ter uma relação formal com o mercado de trabalho, permite a estas um certo controle sobre o seu tempo, uma relativa autonomia no estabelecimento de seu "horário de trabalho". Além disto, as próprias condições de vida destas pessoas colaboram para este ritmo mais lento, não só estão sujeitos quase que diretamente as variações da temperatura (frio, chuva, calor) como também sofrem a nível físico os efeitos de uma alimentação deficiente (como sono, cansaço).

A noção de espaço da Dique também é bastante singular. As casas são muito próximas uma das outras e o próprio espaço interno destas é bastante restrito. As casas tem em geral, apenas uma ou duas peças que funcionam simultaneamente como dormitório para cerca de quatro a cinco pessoas, como "sala" para os dias em que não é possível permanecer na rua e como cozinha. As portas das casas permanecem sempre abertas e a entrada e saída de pessoas (vizinhos, crianças, parentes) e de animais (gatos e cachorros) é uma constante. O pátio das casas varia de tamanho, as casas mais antigas possuem um terreno maior que, em geral, é delimitado por uma cerca; já os terrenos de ocupação mais recente, possuem uma extensão bem menor. É bastante comum encontrar duas ou três casas em um mesmo terreno, estas pertencem a *parentes* que foram chegando e ocupando o pátio do morador mais antigo da família. Este é o caso, por exemplo, de João que por ser um dos primeiros moradores da Vila reservou para sua casa um terreno bastante amplo. Com a chegada das filhas na Vila ele foi cedendo a cada uma delas uma parte do terreno para que nela construíssem suas casas. Assim, no terreno de João há atualmente três casas.

Esta proximidade espacial entre as casas e entre as pessoas dentro e fora destas, refere uma noção de espaço bem específica. As coisas são consideradas "perto" ou "longe" em relação a esta espacialidade vivida no dia-a-dia. Assim, é "perto" o que está numa distância semelhante àquela dos vizinhos mais imediatos

e, tudo que sai fora desta relação é considerado como "longe". Até mesmo as redes de relações e o espaço de circulação das pessoas obedece esta noção de espaço. São poucas as pessoas que circulam por toda a extensão da Vila e que se relacionam com as pessoas que moram em outros locais desta, sendo que muitas nem mesmo conhecem toda a Vila. Como é o caso, por exemplo, de uma informante que mora na parte central da avenida e que afirma só ter ido uma vez para o lado norte desta (em direção à auto-estrada) a fim de vacinar as crianças (visto que o posto ambulante de vacinação estava localizado nesta zona).

É também a partir desta noção de espaço que se consegue entender as generalizações que as pessoas fazem da Vila e de seus moradores, isto é, sua percepção da Vila está diretamente relacionada com sua noção de espaço. É desse modo que se pode ver que, embora aparentemente contraditórios, os depoimentos de dois informantes, tomados como exemplo, estão referidos a esta mesma percepção do espaço. João, que mora no início da avenida, um dos locais onde se concentram as pessoas que trabalham na coleta de lixo, afirma que a maioria das pessoas que moram na Vila "são tudo papeleiros, vendem papel aí"; já Júlio, que mora na zona norte da vila e trabalha numa indústria próxima afirma que os moradores da Vila "tudo trabalham nas firmas aqui perto". Ou seja, ambos estão dando como referência a sua condição ou a de suas relações mais próximas, referidos numa noção de espaço específica.

Como parte do ritmo da Vila há uma dinâmica específica. Dinâmica de pessoas que estão sempre chegando, voltando ou partindo da Vila, ou seja, todo o dia chega um novo morador, ou uma pessoa que já morou ali está retornando ou ainda alguém está saindo da Vila para ir morar em outro lugar. Há assim, uma parte da população que é bastante "flutuante" enquanto que outra é mais fixa. Mas há também uma dinâmica própria das casas. Observando atentamente, percebe-se que há sempre casas "novas" ou "diferentes" na Vila. Embora parte destas casas "novas" sejam de pessoas que estão se mudando para a Vila e por isto constroem ali uma casa, outra parte é das pessoas que já moram na Vila e que estão ou se mudando para outro local dentro da própria Vila ou "arrumando" a casa antiga. Este "arrumar" a casa pode tanto ser construir mais um "puxadinho", isto é, uma nova peça para a casa, como desmanchar totalmente a casa e colocá-la em outro local do terreno ou mesmo em outro terreno. É bastante comum as pessoas se

mudarem para outros locais dentro da própria Vila ou trocarem de casa com algum parente ou vizinho. Esta mudança pode se dar em função tanto de uma modificação positiva como negativa nas condições sócio-econômicas de quem está se mudando, dependendo do local para onde está indo. Assim, por exemplo, uma informante que morava na parte central da avenida, devido a doença do marido que o impossibilitava de trabalhar, teve que se mudar para o final da Vila, parte onde não há nem mesmo energia elétrica.

Dentro desta dinâmica das casas há também uma dinâmica dos moradores destas, ou seja, da composição da unidade doméstica. É bastante comum encontrar nas casas algum *parente* que devido a uma situação determinada está morando temporariamente com a família e que se muda quando "solucionada" está situação. Assim, um *parente* que deseje se instalar na Vila, pode ficar inicialmente morando na casa de um dos membros da família até conseguir adquirir a sua casa ou, por exemplo, no caso de separação conjugal, o filho pode voltar a morar com a mãe até realizar uma nova união<sup>10</sup>.

Como parte dos diferentes tempos e espaços da Vila tem-se àqueles identificados com a violência. A referência à alguma forma de violência é feita por quase todos os moradores quando falam da Vila. O roubo de objetos e utensílios domésticos (como roupas, panelas, butijão de gás entre outros) é a forma de violência que mais aparece nos depoimentos. Mas há também o relato de "casos" de estupro e de agressões físicas<sup>11</sup>. Todas estas menções as formas de violência que acontecem na Vila indicam as condições em que isto acontece, ou seja, o tempo e o espaço propícios a estes acontecimentos. E, é o fato de dominarem quais são estas condições, que faz com que os moradores da Vila não se sintam sob um permanente risco ou constantemente suscetíveis a estas formas de violência. Assim, as queixas a respeito dos roubos, por exemplo, não expressam um "medo" deste fato mas se referem aos limites que isto impõe a algumas práticas, como a de sair e "não dar para deixar a casa sozinha".

---

10 A respeito da dinâmica da composição das unidades domésticas ver Victora, 1991.

11 A respeito da percepção da violência entre os moradores de um bairro de classe populares ver Zaluar, 1985.

O tempo mais identificado com a violência é o noturno e, sobretudo um "tempo quente", isto é, aquele tempo dedicado ao lazer, à festa. As menções sobre as agressões físicas que ocorrem entre homens, referem frequentemente o *fim-de-semana* como o tempo em que se juntam as condições propícias a esta forma de violência: é um tempo de não-trabalho, um tempo em que ocorrem festas na Vila (como bailes no salão existente ali), um tempo em que os homens se encontram e bebem muito. O espaço desta forma de violência é também delimitado, é sempre um espaço público: o bar, o salão de baile ou a rua. Já os roubos, apesar de serem mais frequentes durante a noite ou a tardinha, podem ocorrer também durante o dia. A condição mais determinante neste caso é o fato da *casa estar sozinha*, ou seja, não ter no momento ninguém em casa. Mas existem outros fatores para que o roubo ocorra que se referem a condição do morador da casa (mora só, é idoso, é mulher) e a suas relações com as redes de poder local. Assim, por exemplo, uma informante que, apesar de apresentar todas as condições propícias para ser alvo deste tipo de violência, afirma não haver este problema na vila:

"Esta é a melhor vila para se morar. É muito bom morar aqui. Não tem problema de roubo e nem com as meninas. Dá para sair de casa e deixar só uma menina que quando voltares tudo vai estar no lugar". E sua filha complementa: "De roubo não dá para se queixar, pois nunca roubaram nada aqui de casa. Deixo até roupa boa na rua e nunca roubaram". (Maria, 58 anos)

Embora seja mulher e more apenas com duas netas, Maria se diz muito amiga de uma pessoa engajada em uma das redes de poder local, o que lhe "garante" uma proteção quanto aos roubos que possivelmente seria alvo. Já uma outra moradora da Vila, que possui em torno de 50 anos e que também mora apenas com uma neta mas que não tem nenhum tipo de relação com as redes de poder local, reconhece estas condições em que se encontra e afirma: "não dá para sair de casa e deixar a casa sozinha, roubam tudo". Contou que uma noite, tentaram entrar em sua casa enquanto dormia, mas que assustou os ladrões quando se levantou e acendeu a luz pois estes achavam que não tinha ninguém em casa.

Não se percebe assim na Vila, um sentimento de "medo" ou "insegurança" em relação a estas formas de violência. Tanto que durante todo o dia as casas permanecem abertas, as pessoas andam pela vizinhança tranquilamente, sem se preocuparem com as casas. Entretanto, a noite ou quando se vai sair de casa toma-se algumas precauções, como colocar um cadeado na porta ou pedir para alguém, em geral um menino por volta dos 12 anos, tomar conta da casa ou ainda pedir à vizinha para *dar uma olhadinha* na casa. Já no caso das brigas entre os homens se torna mais difícil manter um controle das condições em que estas se tornam propícias pois dificilmente os homens vão deixar de frequentar estes espaços, de se reunirem ou de beberem, visto que estas são práticas consideradas como masculinas e portanto, importantes na definição desta identidade de homem<sup>12</sup>.

Há ainda algumas outras formas de violência que não são percebidas enquanto agressões, mas que são socialmente aceitas desde que ocorram sob determinadas condições. Este é, por exemplo, o caso do marido que bate na mulher ou da mulher que bate em outra mulher. Ambos são consideradas formas legítimas de resolver os conflitos conjugais. Assim se a mulher, na perspectiva masculina, fizer qualquer coisa que ameace a honra da família e do homem - sobretudo *andar* com outros homens - seu marido pode lhe "dar uma lição" utilizando a força física; ou se uma mulher descobre que outra está *saindo* com seu marido ou que anda "dizendo coisas dela" esta também pode dar uma "surra" na outra sem que isto seja considerado uma agressão, visto que é algo *justo, merecido*.

#### 4. Os Moradores da Dique: O que os une, O que os divide

O fato das pessoas morarem em um mesmo local e terem alguns elementos em comum (como por exemplo, o de estarem sujeitos as mesmas condições sociais e econômicas de existência), não significa necessariamente que haja entre elas interesses e uma identidade comum. Há diferentes níveis e

---

12 Entram aqui também os elementos definidores do código de honra masculino onde a violência é um dos fatores considerado legítimo na resolução de conflitos. A respeito de código de honra ver Pitt-Rivers (1979) e Fonseca 1988).

princípios que organizam a vida na Vila, que unem e dividem as pessoas, que criam e estabelecem identidades.

Num primeiro nível, há entre as pessoas que moram na Vila uma identidade baseada em algum laço de parentesco, ou seja, todos têm, em geral, mais de um *parente* morando na Vila. Há, assim, uma rede de parentesco que organiza uma parte das relações sociais e mesmo a disposição espacial das moradias. Os *parentes* moram, em geral, no mesmo terreno, ao lado uns dos outros e, quando isto não é possível, devido ao esgotamento do espaço físico, eles podem ser encontrados frequentemente reunidos na casa de um membro deste grupo. Estas relações sociais baseadas no parentesco funcionam como um princípio de identidade entre as pessoas e pode ser acionado em determinadas situações. Assim, por exemplo, no caso de um conflito entre um membro do grupo de *parentes* e outro morador da Vila, o parentesco pode funcionar como estratégia para despersonalizar o conflito; ou, em caso de doença, o parentesco pode ser um dos recursos mobilizados.

Em um outro nível, os moradores da Vila se dividem de acordo com os princípios de legitimidade que conferem ao poder local, que é incorporado no *presidente* da Associação de Moradores ou, mais especificamente no *chefe da vila* (questão que será abordada mais adiante). Embora este nível de divisão não esteja presente nas relações cotidianas das pessoas (com exceção daquelas pessoas envolvidas no conflito mais diretamente) ele adquire grande importância quando se trata da definição de "ações coletivas" de interferência em questões políticas ou de políticas sociais<sup>13</sup>.

---

13 No caso da Vila Dique, esta identidade com o representante do poder local tem uma importância fundamental na mobilização dos moradores em relação a algum conflito que coloque de um lado a Vila e de outro os representantes de outras esferas sociais. Abordarei esta questão no capítulo VI deste trabalho.

Há por fim, um último nível que estabelece uma distinção entre os moradores da Vila Dique, e que se deve às diferenças entre seus *habitus* e *ethos*<sup>14</sup>. Estas diferenças se manifestam nos diferentes estilos de vida, nas diferentes práticas e concepções dos moradores. Pois, apesar se encontrarem atualmente numa posição social semelhante, os moradores da Vila se diferenciam por suas trajetórias sociais e pelas condições de existência anteriores a que estavam sujeitos, bem como pelo período de tempo em que estão sujeitos a esta "nova" condição. Isto é evidenciado na Vila em diferentes aspectos. Um exemplo desta diferenciação de *habitus* conforme a trajetória pode ser ilustrado nas práticas e concepções das mulheres: enquanto que uma parte das mulheres que moram na Vila mas que vieram mais recentemente do interior do estado, mantém uma série de práticas em relação à casa e às crianças - mais próximas daquelas consideradas como legítimas na sociedade, como por exemplo manter a casa limpa ou se preocupar com alimentação infantil; outra parte das mulheres, possuem uma concepção e práticas totalmente distintas, como se evidencia através do próprio cuidado que dispensam à casa e às crianças. Esta diferenciação entre os moradores se dá mesmo quase em forma de distribuição geográfica. Pois a última área ocupada da Vila corresponde também aquela em que os moradores, muitos *parentes* entre si, possuem um *ethos* e *habitus* semelhantes e seguem uma trajetória social também semelhante. Estes são denominados de *alemoada* pelos moradores mais antigos da Vila e possuem mesmo formas de organização próprias, como por exemplo, um Clube de Mães vinculado à Igreja Católica.

Estes diferentes níveis e princípios, como o princípio do parentesco, da legalidade e/ou da força física, que estabelecem as diferentes identidades que se formam na Vila se cruzam entre si e são acionadas conforme o que está sendo colocado em relação e o interesse que está em jogo.

---

14 *Habitus* entendido aqui conforme a definição de Bourdieu, isto é, enquanto "um sistema de disposições duráveis e transferíveis que, integrando todas as experiências passadas, funciona a todo momento como matriz de percepções, apreciações e ações", sendo o produto das condições de vida e dos condicionamentos que esta impõe (Bourdieu, 1972:178). E *ethos* como "fórmula geratriz não constituída como tal que permite produzir, sobre todos os problemas da existência ordinária, respostas objetivamente coerentes entre elas e compatíveis com os postulados práticos de uma relação prática com o mundo" (Bourdieu, 1979:490).

## 5. O que falta na Vila

Ao se referirem as coisas que julgam *faltar* na Vila, quase todos os moradores mencionam um "postinho policial" e um "postinho médico" (mesmo aqueles que afirmam a proximidade da Vila deste tipo de serviço). Justificam o primeiro, pelo fato de que não haver nenhum "policiamento" no local e "teve uma época que era tiro para tudo que é lado" e, para o segundo, mencionam a existência anterior de um "postinho médico" e que "agora para consultar tem que caminhar até lá em cima ou ir até o Conceição [um hospital próximo a Vila].

O fato é que não é apenas para *consultar* que os moradores da Vila Dique tem que se locomover até a Vila Floresta, estes vão lá com maior frequência para fazer outras atividades, como por exemplo, compras nos mini-mercados, frequentam casas de umbanda e as crianças que estudam vão em escolas localizadas na Vila Floresta. Também a "falta de policiamento" não é um fator tão preemente assim pois os mesmo moradores que indicam esta "necessidade", referem que os *tiros* que ocorriam numa *época* passada, não são no momento mais tão comuns.

Apenas um informante referiu que a Vila necessitava da ampliação da rede de energia elétrica para as casas que se situam mais afastadas da avenida e que, face a isto, têm que "puxar" luz de outras ligações. Um outro informante mencionou a necessidade de "quebra-molas" na avenida devido a alta velocidade dos automóveis que trafegam ali, o que torna perigoso o trânsito das pessoas na beira desta. Em relação à "falta" de uma escola na vila, apenas as mulheres mais ligadas ao Clube de Mães coordenado pelas freiras, que estão tentando implementar ali uma turma de primeira série primária, é que referiram isto como um aspecto em que a Vila é deficiente.

Estas representações indicam o reconhecimento (e mesmo a reivindicação em alguns momentos) da "necessidade" de agentes externos - *polícia* e *médicos* - para atuar em alguns domínios da vida das pessoas que talvez possam estar ameaçados sem este controle. Um deles se refere à saúde e aos cuidados relacionados a esta e à doença e o outro se refere às relações sociais (mais especificamente aquelas que se expressam através de conflitos). Tanto o médico como o policial entram para colocar "ordem" nestes domínios. Sua presença mais próxima e constante na vida das pessoas poderia, de certa forma, garantir esta

ordem, ambos estão relacionados de alguma forma com a ameaça da morte. O domínio da saúde na medida em que sua ausência - a doença - coloca em risco a vida; e o domínio das relações sociais uma vez que os conflitos que estas podem apresentar também podem se transformar numa "ameaça de morte" através do uso da violência física.

A não referência à escola (com a exceção daquele grupo que foi de certa forma preparado para isto) enquanto uma coisa que "falta" na vila, aponta para o pouco peso que a escolarização tem em termos de projeto familiar, ou seja, não há um investimento escolar<sup>15</sup>. E, contrapondo aos outros interesses manifestados, percebe-se que o domínio da educação e socialização das crianças não é considerado enquanto "necessitando" a presença de agentes externos. Assim, enquanto que é "solicitado" a interferência tanto do *médico* como do *policia*l nos domínios atribuídos a sua competência, não é delegado à escola o poder de "educar" as crianças.

## 6. A Institucionalização do Poder Local: a Associação de Moradores

A Vila Dique, como a maior parte das vilas da periferia também possui uma representatividade a nível oficial que é incorporada na existência de algumas entidades locais que disputam entre si esta representatividade, como a Associação de Moradores e os Clubes de Mães<sup>16</sup>. No caso da Vila Dique houve um processo bastante complexo desta disputa pela legitimidade da entidade representativa do local, com a fundação da Associação de Moradores, ou melhor, de até duas entidades com o mesmo fim.

---

15 Conforme salienta Bourdieu, "o 'interesse' que um agente (ou mesmo uma classe de agentes) carrega nos 'estudos' (e que é, como o capital cultural herdado, do qual ele depende parcialmente, um dos fatores os mais determinantes do êxito escolar) depende não apenas do êxito escolar atual ou descontado (é dizer de suas chances de êxito estando dado seu capital cultural), mas também do grau ao qual seu êxito social depende de seu êxito escolar" (Bourdieu, 1989:393). No caso das pessoas que moram na Vila é evidente esta correspondência uma vez que mesmo que obtivesse um desempenho escolar favorável dificilmente conseguiriam lançar mão dele para obter uma modificação de sua posição social ou econômica.

16 A respeito da formação de organizações de orientação pragmática e/ou comunitárias na periferia ver Cardoso et al, 1987.

No início de 1985 foi fundada oficialmente (registrada juridicamente) a Associação dos Moradores da Vila Santíssima Trindade, com o objetivo de conseguir "melhorias" para o local através de uma representatividade oficial da Vila junto aos agentes das instituições e políticas públicas. Um grupo de moradores da Vila, liderados por um deles, se intitulam os "fundadores" desta entidade. Esta entidade foi registrada juridicamente tendo assim todos os poderes legais para falar em nome dos moradores da Vila. Junto com a fundação da Associação de Moradores se instituiu um nome oficial para a Vila, que até então era conhecida apenas por Vila Dique. A Vila passou a chamar-se Vila Santíssima Trindade. O "líder" do movimento para a fundação da Associação de Moradores passou a ser o presidente desta entidade, sendo que os demais cargos da diretoria se distribuíram entre aqueles que participaram mais intensamente do processo.

A oficialização de uma entidade representativa entretanto, não significa que o problema do poder local esteja solucionado. Assim, na Vila Dique esta incorporação em uma entidade legal de uma forma de poder e de determinados interesses trouxe à cena outros agentes e interesses distintos. Estes últimos para se imporem necessitavam também de um reconhecimento legal, ou seja, precisavam ser também incorporados numa entidade oficial para que tivessem um poder mais efetivo que pudesse se contrapor ao já existente. Assim, não reconhecendo como legítima a entidade representativa existente, foi fundada uma outra entidade, a Associação de Moradores e Amigos da Vila Dique. O argumento utilizado para a existência desta outra entidade foi o do nome da Vila, isto é, os fundadores desta outra Associação não reconheciam o local como ele foi denominado pela outra entidade - Vila Santíssima Trindade - e por isto buscaram oficializar a denominação que usavam - Vila Dique, como fica evidente no depoimento de um dos fundadores:

**"Nós não vamos brigar por esta Associação porque ela não existe. Porque aqui não é Santíssima Trindade, nada contra a Santíssima Trindade, mas aqui é Dique, existe no plano diretor de Porto Alegre. Nós vamos fazer um plebiscito e vamos tirar esse nome de Santíssima Trindade e vai continuar Vila Dique. (...).Vamos fazer uma outra Associação (...) E fundamos a Associação de Moradores e Amigos da Vila Dique."**

O que está sendo colocado em questão aqui, muito mais que um simples nome de vila, é a identificação de um local com uma entidade representativa e, mais explicitamente, com determinados agentes e determinados interesses incorporados nesta. A fundação de uma outra entidade é também o reconhecimento destes outros agentes e interesses, tanto que a própria denominação desta "nova" entidade busca oficializar alguns destes agentes e interesses: é Associação de Moradores e Amigos da Vila Dique. O "amigos" está colocado aqui a fim de legitimar a participação de agentes externos, não-moradores, em uma entidade local, situação que de fato estava ocorrendo na medida que um dos principais articuladores desta "nova" entidade não era morador da vila.

A partir daí estava instituída (e institucionalizada) a disputa pelo poder local, o conflito de princípios e de interesses divergentes. Este conflito se manifestou de várias formas, ora pelo choque direto entre os agentes com o uso da força física, ora envolvendo representantes de outras esferas da sociedade, tais como médicos e políticos. O que evidenciou os princípios sobre os quais cada uma das Associações e mais especialmente seu representante, legitimam sua posição e suas tomadas de posição. Se ambas as Associações justificam sua existência em função da "organização" dos moradores e da obtenção de "melhorias" para a Vila, uma delas centra toda a sua legitimidade no fato de ter sido a "primeira" e na figura de seu presidente enquanto que a outra - a Associação de Moradores e Amigos da Vila Dique - em oposição a esta, busca justificar sua existência pela "legalidade". Esta última argumenta o fato de ter sido fundada "legalmente" e de seu presidente ter sido "eleito" pelos "sócios". Assim, uma das Associações ao se contrapor a outra, afirma em um panfleto:

**"A única Associação de Moradores é a primeira que tem o Paulo como presidente e que está lutando por aquilo que os moradores precisam".**

Já um dos representantes da outra Associação afirma em relação a "primeira":

"Fundaram esta associação porque **alguém tinha interesse** de colocar alguém ali para arrecadar votos. Deram para ele uma casa, **fizeram um estatuto e colocaram ele de presidente**".

Estabelece-se assim um jogo de oposições e acusações que, mais que contrapor um indivíduo ao outro, estão contrapondo diferentes princípios de legitimidade. Afirmar que tem "fulano" como presidente é conferir legitimidade a sua posição devido as suas características pessoais; por outro lado, ao se dizer que "colocaram ele de presidente" se está afirmando que ele está nesta posição de forma ilegal, ao mesmo tempo que, está se afirmando que o princípio legítimo para a escolha de um presidente são as "eleições"<sup>17</sup>.

É também em base nestes princípios que os moradores da Vila atribuem legitimidade ao *presidente* da Associação. Se dividindo entre aqueles que acham que fulano deve ser o *presidente* porque "ele é um homem muito bom" e "na hora que tu mais precisa dele ele sempre te ajuda" e, aqueles que seguem o princípio da "legalidade" e dizem que "quando venceu o prazo dele, ele não quis entregar a Associação e queria mandar em tudo sozinho", ou seja, não lhe atribuem legitimidade na medida em que ele descumpriu a "lei".

Foi em função deste mesmo princípio de legalidade que o quadro desta disputa pela representação oficial da Vila sofreu algumas modificações. Foi reconhecido a nível judicial como entidade oficialmente representativa da Vila a primeira Associação fundada, o que fez com que a outra Associação, a que justamente baseava sua legitimidade no princípio da legalidade, reconhecesse esta legitimidade e se desfizesse enquanto entidade. Mas, se mantendo ainda enquanto

---

<sup>17</sup> Pode-se pensar estes diferentes princípios de legitimação a partir dos três tipos puros de dominação evidenciados por Weber. Tem-se assim de um lado uma "dominação legal" porque baseada em um estatuto que legitima determinada posição desde que obedeça a determinados critérios, como por exemplo a eleição; e de outro, uma "dominação carismática" na medida em que são as virtudes e as qualidades do "líder" que são usadas para legitimar sua posição. Não se trata aqui de reduzir a estes tipos ideais toda a complexidade que envolve as relações de poder na Vila, mas apenas de a partir deles evidenciar alguns aspectos destas relações. Ao se analisar mais detalhadamente a situação estudada, percebe-se que estes princípios não se apresentam na sua forma pura mas pelo contrário se misturam e se confundem um com o outro. Assim, ao mesmo tempo que se confere legitimidade a determinado "presidente" por este ter sido "eleito" pelos moradores da Vila, se utiliza como critérios para esta escolha suas características pessoais, "bom homem", "boa conversa" e não, como se poderia supor sua competência administrativa. Este é apenas um dos muitos exemplos que se poderia dar para demonstrar a complexidade que envolve estas relações.

força de disputa de poder. Esta passou então a agir, segundo os mesmos princípios de legalidade, dentro da Associação dos Moradores da Vila Santíssima Trindade, estabelecendo uma oposição ao *presidente* desta, bem como contrapondo a este os seus princípios de legitimidade. Esta perspectiva é evidenciada no depoimento de um dos representantes desta posição de oposição:

"Aí eu digo, nós vamos destituir o Paulo porque **ele está demais**. Juntei um pessoal, fizemos a assembléia **conforme determinava o estatuto**. E então eu disse que a partir de agora nós vamos formar um **regimento** chamando as **eleições(...)**. E chegou o dia das eleições, ele viu que estava perdido. No dia seguinte fomos **registrar** a ata. Neste dia ele me chamou. Eu descí do carro sem malícia nenhuma(...)e ele puxou o revólver e me apertou...". E concluí dizendo "nós fizemos a **eleição corretamente, como manda o figurino** e ganhamos. Ele foi por lá, pela Fracab, os caras foram no cartório de registro e trancaram a ata. Ele fez dali a 3 ou 4 dias uma nova eleição e se colocou de presidente".

Aqui, ficam explícitos os diferentes princípios de legitimidade que estão sendo confrontados e acionados. O agir conforme o *estatuto*, fazer um *regimento* e realizar *eleições* estão sendo opostos ao outro princípio, que não utiliza destes instrumentos legais para se legitimar. Neste último caso, as qualidades do próprio *presidente* justificam sua posição (que está também de certa forma respaldada no uso legítimo da força física uma vez que esta está sendo usada para defender uma posição tida como legítima). Por outro lado, tem-se um princípio socialmente dominante - que é o da legalidade - que passa a ser acionado pela posição que justamente se legitima por um outro princípio. Isto não lhe confere, entretanto, na perspectiva dos ocupantes da posição contrária, legitimidade, visto que esta "lei" está sendo acionado de forma considerada ilegítima, ou seja, o *trancar a ata* e o *fazer novas eleições*. Embora os representantes oficiais da Associação estejam dentro do princípio da legalidade - porque esta Associação foi reconhecida legalmente - não são considerados como legítimos na medida em que se utilizam de recursos "externos", como por exemplo a Fracab (Federação Rio-grandense de Associações Comunitárias e Amigos de Bairro), e outros agentes, *os caras*, para instituir uma determinada situação de aparente legalidade.

Desse modo, criou-se uma situação bastante complexa para os moradores da Vila Dique: qual das eleições e dos presidentes eleitos é legítimo? O que de fato ocorreu foi uma espécie de "governo pararelo" de ambos pois, embora tenha sido reconhecido judicialmente como legítimo um deles, o qual passou a exercer os poderes legalmente conferidos a Associação (distribuição dos tickets de leite, recebimento de verbas das entidades assistenciais, por exemplo), o outro continuou a ser reconhecido enquanto *presidente* por parte dos moradores. Este último por sua vez, como não detinha os poderes legais sobre os assuntos da Associação e como tinha por princípio o seu carisma, passou a interferir nas ações do outro *presidente* através do uso de recursos diversos, que vão desde as "fofocas" até o uso da força física. Assim por exemplo, nos períodos de distribuição dos tickets de leite, ele armava toda uma rede de divulgação de informações "erradas" a respeito do dia de entrega, do cadastramento de novas famílias; ou quando esta estratégia se desgatou um pouco, ele passou a intervir com a força física na entrega dos tickets apedrejando o local onde esta entrega estava sendo realizada. Esta "oposição" teve como resultado a cassação, por parte da LBA, dos benefícios conferidos à Associação, como o envio de verbas ou mesmo dos tickets de leite (que passaram a ser entregues aos moradores da Vila Dique em uma vila vizinha), e culminou com a "invasão" da creche comunitária (de propriedade da LBA) por este outro *presidente*, que a partir de então passou a morar ali e a administrar a creche. Legalmente, a Associação de Moradores da Vila Dique está sem *presidente*, visto que já terminou o prazo da última gestão e a realização de novas eleições depende a resolução a nível judicial destes conflitos.

A disputa pela "presidência" da Associação de Moradores é a disputa por um poder efetivo que, dependendo dos interesses que estão em jogo, pode tanto se manifestar sob a forma de prestígio e reconhecimento social, quanto sob a forma de bens econômicos. Em outras palavras, o *presidente* de uma Associação pode dispor dos poderes que lhe são conferidos conforme sejam seus interesses. No caso da Vila Dique, isto fica explicitado pela posição de um dos agentes que disputam a presidência da Associação de Moradores, como também nas acusações frequentemente feitas por parte dos moradores ao *presidente*.

O principal articulador da segunda Associação que foi fundada na Vila, é um morador da vila vizinha (Vila Floresta). Justifica esta posição pelo fato

de conhecer a Vila Dique desde o início e os próprios moradores desta vinham lhe procurar para pedir diversas coisas. Foi candidato por duas vezes a cargos políticos, não se elegendo em nenhuma delas. Este, ao se referir aos seus investimentos na Vila Dique e ao fazer uma avaliação destes, afirma:

"Tinham umas 30 ou 40 casas. Eu digo: 'nós vamos fazer uma Associação lá'. E eu fui candidato em 82, candidato a vereador. Mas eu nunca fiz assim as coisas dizendo que eles tinham que votar em mim, porque eu nunca levei a política para o meio deles. Eu nunca fiz política ali dentro. (...) Eu aceitei o conselho do meu primo. Ele disse: 'Carlos tu faz tudo para os caras, tu faz tudo por eles. Tu ajuda quando eles precisam, se o cara quer ir num lugar e não tem dinheiro tu dá a passagem... Tu faz tudo, vai lá, te movimentas... Aí tu és candidato. Tu não pede voto. Mas eles te conhecem, não precisa pedir. Só que o seguinte, tu és candidato daí chega um outro e diz: 'tem um carreteiro para vocês'. Aí eles votam tudo no outro'. O pessoal, eles não entendem... É a cultura (...). Eles por exemplo, querem um governo que seja um pai, que dê tudo para eles."

Este depoimento evidencia o fracasso de um investimento - *tu faz tudo por eles* - que tinha por objetivo, entre outros, o de converter um reconhecimento social - *eles te conhecem* - em reconhecimento político, manifestado sob a forma de votos. Não se pretende aqui reduzir toda esta disputa pelo poder local apenas a um interesse eleitoral, mas apresentar este enquanto um dos interesses em jogo. O depoimento aponta ainda para a posição de interlocutor que, ao mesmo tempo se coloca dentro da Vila, através da fundação de uma outra Associação de Moradores, não se considera igual aos demais moradores - *a eles*<sup>18</sup>. Assim, o fracasso do investimento "desinteressado" na Vila, que tinha por objetivo, o reconhecimento deste "desinteresse", é explicado por esta diferença entre *eu e eles* - *eles não me entendem*.

Por outro lado, o *presidente* da Associação pode ser acusado de utilizar da entidade e das "mordomias" que a entidade possibilita para realizar interesses pessoais, sobretudo, aqueles que dizem respeito à aquisição de bens

---

18 Sobre a percepção da desigualdade social e sua expressão na oposição "nós, os pobres, eles, os ricos" ver Caldeira, 1984.

materiais. É assim que vários moradores ao se referirem a um determinado *presidente* (mas que em geral vale para todos que ocupam esta posição) levantam suspeitas a este respeito. Adão, por exemplo, um antigo morador da Vila, ao falar de um dos *presidente* da Associação afirma:

"Ele é um cara despreocupado. Eu acho que um presidente de vila tem que ter uma preocupação com ele, tem que ter um ramo que ele viva, **não viver só da administração. Ele nunca trabalhou em nada e não trabalha até agora. Ele vive ali da creche [propriedade da LBA]**".

Também um outro morador que foi até membro da diretoria da Associação também alega ter se retirado desta porque percebeu que o *presidente* não estava "agindo corretamente". E diz:

"Ele não prestava contas de nada. Recebia um monte de coisas para dar as pessoas mais necessitadas e **só dava uma parte. Como uma vez que veio não sei quantas casas para ele dar para aquelas pessoas mais pobres e só apareceu 3 ou 4, o resto ninguém sabe onde foi parar. Dizem que ele vendia a madeira.**"

Ou ainda, como evidencia outro depoimento a respeito do mesmo *presidente*:

"Ele deve ter pego um dinheirão da LBA para construir esta creche, um dinheirão. Porque **é um homem que ele nunca trabalhou na vida dele e ele fez uma casa de material de dois andares lá embaixo.(...) Ele não tinha nada e de repente aparece com uma casa, com dois revólveres na cintura...**".

Como indicam os depoimentos transcritos acima, o *presidente*, por ter o poder de "administrar" a Vila e, mais especificamente, de ter o controle sobre as verbas e bens dirigidos à Associação de Moradores, está sempre sob suspeita. Os moradores, por não disporem do mesmo poder para fiscalizar o uso destes recursos, o fazem através de algumas evidências - como por exemplo, o fato de ter uma *casa* ou *dois revólveres* - que confirmam suas suspeitas. É também neste sentido, que espera-se que o *presidente* trabalhe - *não viva só da administração* -

uma vez que a Associação é também percebida pelos moradores, como tendo por função *ajudar as pessoas mais pobres, os mais necessitados*.

### 6.1. O Chefe da Vila

Apesar da maioria dos moradores da Vila negar algum tipo de interesse ou relação com a Associação de Moradores, grande parte deles sabe qual a situação atual desta e tem alguma opinião a respeito dos acontecimentos que levaram a isto. As opiniões a este respeito são variáveis, pois enquanto que algumas pessoas apoiam as posições tomadas por um dos ex-presidentes, outras apoiam as posições de seu adversário. Entretanto, existem alguns aspectos comuns a estas opiniões e que expressam as representações que as pessoas fazem a respeito da entidade e de como deve ser ou não seu "representante" - o *presidente*.

Na Vila, mais importante que a entidade Associação de Moradores, é o seu *presidente*. Este é considerado como uma espécie de administrador local, pois é responsável pela "organização" da Vila. Esta "organização" pode se manifestar através da distribuição de "benefícios" de instituições públicas, como por exemplo, os "tickets de leite", ou através dos "recursos" conseguidos para o local, como energia elétrica e água encanada<sup>19</sup>. Como no momento a situação da Associação de Moradores se apresenta bastante confusa para grande parte dos moradores - alguns reconhecem uma determinada pessoa como *presidente*, outros conferem a outra pessoa esta posição e ainda há os que afirmam que no momento não há nenhum *presidente* - a avaliação que fazem da Associação e do *presidente* depende do entendimento que têm deste contexto. É assim que, por exemplo, ao se referir à situação atual da Associação de Moradores, um dos moradores que se considera "fundador" desta afirma:

---

19 Como salientam Durham (1988) e Cardoso (1987) entre outros, a organização dos moradores da periferia em associações do tipo Associação de Moradores tem por principal motivação a obtenção de "melhorias" bem pontuais para o local, dentre as quais se destacam a energia elétrica e a água encanada.

"A desunião da vizinhança começou por isto (...).Eu acho tão bonito quando fala de uma **administração**. A **Associação é a educação da vila (...)**Porque assim, o povo é que nem ovelha se uma não for pular a cerca as outras não pulam, ficam com vergonha de pular, olha o que é um animal... E o povo assim, onde tiver uma **administração sadia, sem encrenca, sem política, porque uma administração não pode ter política, é uma política comunitária (...)**. Tem que ir lá pedir na Assembléia as coisas que necessitamos aqui na vila, uma política de administração. Agora, não com um ou com outro."

Esta mesma percepção de *desordem* da Vila e da importância do *presidentes* para a sua *ordenação* também é expressa pelos moradores que não possuem nenhum vínculo com a Associação de Moradores, como ilustram os depoimentos de duas informantes:

"Hoje a Dique está uma **desordem, não tem mais nem presidente**. Antes para pegar o ticket era uma **bagunça**, até os brigadianos tinham que vir porque senão dava morte. Por isso agora a gente tem que ir lá no Sarandi [bairro vizinho] para pegar os tickets e além disto como eles só valem até o dia quinze, acaba sobrando ticket e a gente tem que comprar leite para o resto do mês".

"Agora eu não sei como está, pois a vila está sem um chefe. No tempo que o Paulo era presidente conseguimos bastante coisa para a vila. Era tudo mais organizado. Mas desde que tiraram ele de lá tudo ficou assim, atirado. Quando ele era o chefe, ele dava rancho para os pobres e dava sempre sopa para as crianças e o resto que sobrava, ele dava para os velhinhos. Depois que tiraram ele, não tem mais nada disto. Ele é um homem muito bom e se ele continuasse de chefe da vila, as coisas não estariam assim. Agora é o povo que se governa porque não tem ninguém para organizar a vila".

Como os depoimentos acima indicam, a entidade Associação de Moradores só adquire significado para as pessoas na figura de seu *presidente*. A ele cabe gerenciar, isto é, *administrar* a Vila. Este *administrar* não se refere apenas as questões mais formais e burocráticas - como por exemplo, *pedir na Assembléia* as coisas que a Vila *necessita* - mas pressupõe também uma interferência em outro nível, ou seja, naquele que se refere as relações sociais que ocorrem dentro da Vila. O *presidente* ou *chefe da vila* por ter a competência de *administrar* e *ordenar* a Vila, é também considerado responsável pela forma de agir de seus moradores, isto é,

pela *educação* destes. E isto ele deve fazer sobretudo através do exemplo, ou seja, de sua própria conduta.

Na representação dos moradores da Vila, sobretudo daqueles que moram ali há mais tempo, a maior parte das pessoas (mais precisamente daquelas que vieram recentemente para a Vila) precisam de alguém que as *governe*, que *dê o exemplo*, pois apesar de serem consideradas *gente boa*, podem ser contaminadas pelos maus exemplos. É neste sentido que a acertiva "o povo é que nem ovelha, se uma não for pular a cerca as outras não pulam" adquire sentido. O "povo" está se referindo aqui, as outras pessoas, a vizinhança, mas não a quem está enunciando. O *presidente* é então considerado como aquele que deve dar este exemplo, que "não deve pular a cerca", a ele cabe "governar o povo"<sup>20</sup>. É permitido ao *presidente* até mesmo intervir mais diretamente na vida das pessoas a fim de corrigi-las, como afirma um dos entrevistados ao se referir a "gurizada" da Vila:

" O que resulta para estas crianças, ficam subindo nos caminhões lá encima, tirando mercadoria dos caminhões. Então precisava de ter uma pessoa assim que parasse com isto. **Pertence ao presidente da vila falar com os pais:** 'olha tá demais. Se tu não dá um jeito no teu filho para ele não fazer mais isto na vila, porque prejudica todos da vila...'"

O *presidente* é assim uma espécie de "pai" da Vila, responsável não apenas pelas coisas materiais desta mas também por sua "moral", isto é, por sua imagem frente as outras vilas e frente as instituições públicas que ali atuam mais diretamente. É bastante frequente a menção dos moradores quando se referem a Associação de Moradores à má imagem que esta pode expressar da Vila, seja por não ter uma sede (o que é comparado com a Associação de uma vila vizinha que possui uma sede "de madeira plainada e tudo"), seja pelas "brigas" que a envolvem. Por ser considerado um zelador da moral da Vila, o *presidente* tem que reunir uma série de atributos positivos percebidos como indicadores de que ele poderá

---

20 Para a análise das representações dos membros das classes populares a respeito de "povo" e "governo", ver Caldeira, 1984.

cumprir este encargo. Assim todos os entrevistados referem como deveria ser o *presidente*:

**"Uma pessoa que tenha uma preocupação elevada. Que se dedique o fim-de-semana para o povo e os dias de semana que trabalhe. Porque não se pode viver só de uma administração carente que como a nossa(...) Acho que tem que ser uma pessoa empregada, uma pessoa com responsabilidade. Em primeiro lugar que não beba, porque a bebida é a devastação da sociedade (...). O presidente acho que é uma pessoa de respeito na vila, ele sim que dá respeito para a vila."**

**"O presidente tem que ser alguém de fora, de outra vila. Uma pessoa de idade pois assim talvez o Paulo [ex-presidente da Associação] respeite mais já que é alguém de fora e ele não pode ficar todo o tempo provocando."**

Neste sentido, o *presidente* tem que corresponder a imagem do que é uma pessoa considerada honesta, correta, mesmo que para alguns isto signifique que ele tenha que ser "de fora", de "outra vila". Se exige do *presidente* características e práticas que não são consideradas como comuns entre os moradores dali, como por exemplo *não beber*. Ao descreverem as características de um *presidente*, tais como a *responsabilidade*, o *respeito*, a *preocupação elevada*, as pessoas estão, simultaneamente, indicando as práticas que conferem esta qualidades, como o *trabalhar* e o *não beber*. Mas, apesar de expressarem esta representação ideal da figura do *presidente*, os moradores da Vila não reconhecem estes atributos entre as pessoas com quem convivem cotidianamente, ou seja, reconhecem que estes não fazem parte de seu habitus e ethos de classe. É assim que uma informante conclui: "Nós temos que botar um presidente bom, mas achar este presidente aqui...".

## **CAPÍTULO II**

### **CORPO, SAÚDE E DOENÇA**

As relações que a população da Vila Dique mantém com os profissionais da chamada área de saúde acionam além de agentes mediadores, como por exemplo a Associação de Moradores ou alguns "líderes", representações de corpo, saúde, doença. Estas representações se manifestam nas diferentes "interpretações" que as pessoas fazem dos diagnósticos médicos e nas formas de pensar e conceber seu próprio corpo e os acontecimentos a ele relacionados e orientam também suas práticas a este respeito. Em outras palavras, é em função das representações de corpo, saúde e doença que vai ser definido que tipo de recurso de cura acionar, quando procurar o médico, como interpretar seu diagnóstico e se determinada terapêutica vai ou não ser seguida.

#### **1. O Corpo: Forma, Aparência e Funcionamento**

Gordos, magros, altos, baixos, claros e escuros. Todos estes "tipos" podem ser encontrados na população da Vila. Mas apesar desta diversidade há algumas "normas" e práticas relativas ao corpo, cuidados com este e forma de o pensar que são mais ou menos comuns aos moradores, variando em função da trajetória social destes ou mesmo em função de diferenças geracionais.

De uma forma bastante geral pode-se dizer que não há entre os moradores da Vila uma preocupação determinante em relação ao corpo. Este só

se torna um *problema* ou motivo de preocupação na medida em que seu funcionamento não está sendo considerado normal. Isto porque o não funcionamento regular do corpo acarreta implicações em outras esferas da vida social, sobretudo aquela diretamente relacionada com a própria sobrevivência material, ou seja, o trabalho. Como salienta Boltanski (1984), há uma relação direta entre a forma de perceber e representar o corpo e o uso social deste, isto é, as percepções corporais são função da forma que os indivíduos usam e dependem do corpo (de sua atividade física) para garantir a sua existência material. Na Vila Dique esta relação é bastante evidente, na medida em que a maior parte da população utiliza o corpo como principal instrumento de trabalho ou, ao menos, depende em grande parte das atividades físicas para assegurar o rendimento do trabalho. Assim, mesmo para os papeleiros para os quais é fundamental o tipo de material encontrado nos lixos, o rendimento do trabalho está submetido à atividade do corpo, na medida em que dependem desta para puxar os carrinhos (estes são feitos de madeira, possuem apenas duas rodas e possuem duas tábuas que sobresaem para frente a fim de serem apoiadas nos ombros, por onde são puxados); é esta atividade, além do tipo de material encontrado, que vai lhe permitir percorrer distâncias maiores ou menores e mesmo determinar o tempo de trabalho. Também as atividades das mulheres, como por exemplo o lavar a roupa, está diretamente vinculada ao desempenho da atividade física.

O corpo é a expressão e a materialização de uma condição social e de um *habitus*, traduzido na forma de posturas corporais, gestos e investimentos na sua "produção". Ele denuncia, através de seus próprios movimentos e dos símbolos que porta, uma determinada posição social. E exprime, sob uma forma "naturalizada" (porque inscrita no que há de mais "natural", o corpo) uma relação específica com o mundo social. Como afirma Bourdieu, é preciso não esquecer que "o corpo nisto que ele tem de mais natural em aparência, é dizer, nas dimensões de sua conformação visível (volume, talhe, peso, etc.), é um *produto social*, a distribuição desigual entre as classes das propriedades corporais se efetuando através de diferentes mediações tais como as condições de trabalho (com as deformações, doenças, mutilações que a são correlatas) e as maneiras em matéria de consumação que, enquanto dimensões do gosto, portanto do *habitus*, podem se perpetuar além de suas condições sociais de produção" (1977:51).

O modelo de corpo valorizado pelas pessoas da Vila é aquele que expressa na sua própria forma alguns dos elementos da vida mais prezados ali, como a "boa" alimentação e o trabalho. O corpo *gordo* é considerado o mais bonito, além do mais *natural*<sup>1</sup>. Ele atesta a condição social da pessoa que o porta, ou seja, ele diz através de sua linguagem própria que a pessoa não está passando fome, que está tendo uma "boa" alimentação, logo, que está trabalhando (ou se for mulher que tem um "bom" marido), em suma ele marca na pessoa sua identidade social. Neste sentido, uma modificação nesta condição social se traduz em mudanças a nível corporal. Isto fica evidenciado no depoimento de uma das minhas informantes que, ao me dizer que se separou do marido, o qual era considerado como um "mal" marido pois não cumpria seu dever de marido provedor, logo atestou a melhora de sua condição na expressão "até engordei"<sup>2</sup>. Seguindo esta mesma lógica, o fato de uma pessoa emagrecer é percebido como um sinal de que algo não vai bem, se for mulher é em geral identificado com a *incomodação* com o marido, seja por este estar bebendo em excesso, seja por este não estar garantido o sustento da família.

Mas apesar de ser o corpo *gordo* aquele que é considerado como o mais bonito e o mais *natural*, a *magreza* pode também, em determinadas situações, ser percebida como *natural*. Ser magro pode ser uma característica *natural* da pessoa, isto é, ser o *jeito* de ser desta. Neste sentido a *magreza*, apesar de não ser considerada bonita, não denuncia necessariamente, um "problema", ela é vista como uma coisa que não pode ser modificada, nem mesmo com uma mudança na condição social, pois é uma espécie de destino da pessoa. É assim que uma das mulheres entrevistadas justifica o fato de seu filho menor não engordar e contrapõe esta explicação à preocupação do médico:

---

1 É importante notar aqui que o que é considerado *gordo* varia conforme as diferentes classes e frações de classe. Assim por exemplo o que provalmente para as classes superiores é tido como um corpo *gordo* para as classes populares não o é da mesma forma, podendo até mesmo ser considerado como magro.

2 A respeito da função do marido de provedor da casa ver, entre outros, Caldeira, 1984; Zaluar, 1985, Duarte, 1986 e Leal, 1989.

"O doutor disse que tinha que fazer alguns exames para ver o porque ele [criança] não engorda. Ele tá comendo melhor, come pouco, mas não gosta de almoço e nem de banana. Mas tem aquela outra ali que também sempre foi magrinha, desde pequena. Acho que é o jeito dele mesmo, não adianta." (Geni, 39 anos)

Desse modo, se por um lado o *não engordar* pode, num primeiro momento, preocupar a mãe (mas sobretudo o médico) e ser atribuído ao *comer pouco* e talvez a ausência de determinados alimentos, como por exemplo *almoço* (entendido basicamente como feijão e arroz) e *banana*, por outro lado é, pela constatação do *estar comendo melhor*, justificado enquanto uma característica da própria pessoa, *é o jeito dele*, comprovado através da experiência com outros filhos. Assim, se o considerado como normal e o esperado é um corpo *gordo*, o fato de não alcançar este padrão também pode ser naturalizado e justificado, desde em que situações específicas.

### 1.1. A Apresentação do Corpo

Mas além da forma do corpo, há também alguns cuidados dispensados a respeito dos signos que o corpo porta, como por exemplo a roupa ou as marcas de sujeira. No dia-a-dia, entre as relações familiares e de vizinhança cotidianas, no ir até a casa de um vizinho ou ir até o armazém mais próximo, não parece haver nenhuma preocupação especial com a aparência do corpo (cabelos penteados, mãos ou pés limpos, etc.), com as roupas que está se usando, ou mesmo com o estado destas (velhas, novas, sujas ou limpas). Tanto homens como mulheres se apresentam de cabelos despenteados, com as marcas de sujeira no corpo deixadas pelo tipo de trabalho que estão fazendo e com uma roupa "normal", escolhida apenas em função do clima. Também as crianças passam o dia com a mesma roupa e em geral estão bastantes sujas devido as brincadeiras na rua em cima do lixo.

Mas este despojamento em relação a apresentação do corpo parece se modificar quando surge uma relação não cotidiana ou quando se ultrapassa o

espaço destas relações<sup>3</sup>. Assim, quando se sai do espaço da casa e das redondezas a apresentação do corpo, os signos que este leva consigo, passa ao menos dispensar alguns cuidados especiais. São principalmente as mulheres que demonstram uma maior preocupação a este respeito. O sair de casa demanda dessa forma um investimento de tempo e cuidados que normalmente não são dispensados ao corpo. O banho aparece como o primeiro destes cuidados pois é necessário apresentar um corpo limpo, isto é, é preciso apagar as marcas que o corpo traz do cotidiano, do tipo de atividade realizada neste e com este corpo. As mulheres quando vão sair coordenam estas atividades: dão banho primeiro nas crianças, que em geral as acompanham, e depois tomam seu próprio banho e reivindicam que o marido o faça quando este os acompanha<sup>4</sup>.

Mas além do banho a escolha da roupa também faz parte desta apresentação do corpo. São as *roupas boas* as destinadas a estes espaços extra-cotidianos, ou seja, aquelas que, além de estarem em melhor estado de conservação, são consideradas como mais bonitas e que mais se aproximam da representação que fazem da moda - são valorizado neste sentido sobretudo as cores, em geral cores fortes (como por exemplo o rosa-choque e o vermelho), e o tipo de material da roupa, sendo preferido aqueles que têm um aspecto brilhoso ou os que imitam materiais considerados nobres, como o couro, o veludo e o cetim. Esta escolha da roupa se dá muito mais em função das opções existente no próprio guarda-roupa do que em função da adequação do traje ao lugar que se vai. É bastante comum encontrar mulheres da Vila em locais públicos, como por exemplo

---

- 3 Pude perceber várias vezes que a minha visita, por ser inesperada, deixou diversas mulheres constrangidas por não terem podido preparar uma apresentação adequada de seu corpo. A expressão "desculpe, estou parecendo uma maloqueira" era bastante frequente nestes momentos, procurando justificar o descuido com a aparência.
- 4 Como salienta Victora, os filhos estão a tal ponto "incorporados" à vida das mulheres que estas mesmo quando mencionam sair "sozinhas" estão se referindo a elas e aos filhos, excluindo apenas o marido. Ver Victora, 1991.

o Posto de Saúde, com roupas próprias para ocasiões especiais, tais como as festas. A presença deste tipo de roupa nos guarda-roupas das mulheres da Vila tem duas razões principais: primeiro porque grande parte das roupas que possuem são ganhas de *patroas* ou de entidades beneficentes, sendo bastante comum encontrar entre estas roupas de festas consideradas *démodé* pelas doadoras; e, em segundo lugar, porque quando sobra algum orçamento para ser gasto com vestuário as mulheres dão preferência a este tipo de roupa.

Assim, por um lado, percebe-se todo um investimento na produção da imagem corporal que demonstra uma forma de percepção dos padrões dominantes na sociedade, por outro lado, existe um elemento do próprio habitus que "filtra" esta decodificação, o gosto<sup>5</sup>. Neste sentido, toda esta produção da aparência do corpo que é feita quando se ultrapassa as relações cotidianas visa sobretudo, apagar as marcas deste cotidiano. Dito de outra forma, visa apresentar um corpo descolado das condições a que está submetido, um corpo mais em conformidade com os padrões dominantes ou melhor, com a representação que se tem destes, acaba por materializar e denunciar esta mesma condição social que visa ocultar ou, ao menos, diminuir. As próprias mulheres da Vila percebem este paradoxo. Esta situação fica clara no caso de uma informante que apesar de preparar cuidadosamente sua aparência para ir trabalhar (ela trabalha numa instituição pública) afirma:

" Vilma [uma colega de trabalho] disse porque que eu vinha trabalhar toda arrumada assim, se nem os médicos vinham desta forma. Eu disse que não era porque eu morava na Vila que eu deveria andar como um maloqueira, toda desarrumada. Ela tem é inveja que todos [os colegas de trabalho] me gabam".

---

5 Segundo Bourdieu, o gosto é uma disposição adquirida à "diferenciar" e à "apreciar", produto das condições de existência e uma dimensão do habitus. "Esse sistema de classificação que é o produto da incorporação da estrutura do espaço social tal qual ela se impõe através da experiência de uma posição determinada nesse espaço é, nos limites das possibilidades e das impossibilidades econômicas, o princípio de práticas ajustadas às regularidades inerentes a uma condição (...). Necessidade feita virtude, ele inclina continuamente a fazer da necessidade virtude inclinando as "escolhas" ajustadas à condição da qual ele é o produto" (1979:195).

Ou seja, mesmo percebendo a situação contraditória em que se encontra, esta informante procura justificá-la enquanto uma questão pessoal, isto é, de *inveja* dos outros.

## 1.2. As Representações do Corpo

Quanto ao funcionamento do corpo e de suas partes as representações aparecem de forma bastante difusa, pois ora estão referidas à percepção e interpretação do discurso médico, ora à percepção da doença e ora à própria identidade pessoal. De uma forma geral, não há uma percepção anatomofisiológica do corpo. Tanto a forma e estrutura do corpo, quanto suas funções são percebidas sempre em relação a um acontecimento específico (como por exemplo uma doença ou a alimentação) e por isto podem tomar diferentes contornos específicos a fim de produzir uma explicação coerente para estas situações.

Nas narrativas sobre o corpo, a doença e a saúde, pode-se perceber que para grande parte dos moradores da Vila, o corpo é representado como sendo uma espécie de grande órgão. Seu interior é formado por um sistema de irrigação por onde fluem diferentes líquidos, sobretudo o *sangue* mas também outros fluidos que podem aparecer em determinadas ocasiões, como por exemplo uma *água verde* referida por uma informante no caso de uma *infecção*. É pelas *veias* ou *varizes* que o sangue flui<sup>6</sup>. Assim um sangramento é sinal de que uma *veia está aberta* ou então de que uma *variz que furou*. O que indica também a possibilidade de uma doença, normalmente representada enquanto uma *ferida* interna, isto é, uma *úlcera* ou *câncer*.

Há também uma menção a determinados órgãos específicos que se encontram no interior do corpo, como os *pulmões*, o *fígado* e os *rins*. Mas apesar

---

6 Duarte salienta com muita pertinência a importância atribuída ao sangue pelas classes populares, tanto no que se refere a sua qualidade como também a sua quantidade. Para uma análise detalhada a este respeito ver Duarte, 1986, especialmente cap.V.

da referência a estes órgãos serem produto da difusão do discurso da medicina, estas representações não correspondem necessariamente à imagem veiculada por este discurso<sup>7</sup>. Assim, por exemplo os *rins*, apesar de estarem referidos à função urinária, podem aparecer na forma de um osso e portanto sujeitos a *fraturas*. Ou então os *pulmões* que, devido a determinadas doenças podem tomar a forma de *caverna*. Ou seja, as representações que se tem dos órgãos e de seu funcionamento não são rígidas e variam de acordo com a situação na qual estão referidas.

O corpo é percebido como separado em *cabeça* e *corpo*. A *cabeça* se refere às atividades mais intelectuais, como *pensar* ou ter *idéia*, mas também morais, como expressa o dizer popular *ter a cabeça no lugar*. Já o *corpo*, na forma que é usualmente denominado, diz respeito aos membros e órgãos, enfim, à parte considerada como "física" deste. Esta separação e, às vezes até mesmo oposição, entre *cabeça* e *corpo* não significa que entre os dois não existam ligações, o próprio sangue é percebido enquanto um veículo de ligação entre ambos. Assim uma *doença* que atinge primeiramente o *corpo* (ou determinada parte deste) pode atingir também a *cabeça*, como é o caso frequentemente referido do *problema de nervos*<sup>8</sup>.

### 1.3. A "Substância" do Corpo: a Alimentação

Resta ainda um domínio diretamente relacionado com as representações do corpo, que é a alimentação. Pois, como salienta Boltanski (1984), é através de categorias gerais de substância, tais como seco/úmido, forte/fraco, gordo/magro, que as classes populares percebem o corpo, a doença e a saúde. A alimentação é, neste sentido, uma das principais fontes de "substância"

---

7 Sobre a relação entre as representações das classes populares e o antigo discurso da medicina ver, entre outros, Boltanski, 1984 e Montero, 1985.

8 Segundo Duarte(1986) a categoria *nervoso* abrange tanto a qualidade "física" como "moral", não necessitando por isto uma determinação sintomática, ou seja, uma divisão entre corpo e cabeça.

para o corpo. É também esta relação entre o corpo, sua *força* e a alimentação que justifica a importância atribuída a este último domínio.

Os gostos dos moradores da Vila Dique em relação à alimentação se aproximam bastante daquelas características já descritas por alguns autores (entre outros, Bourdieu, 1979; Boltanski, 1984 e Zaluar, 1985) para os membros das classes populares<sup>9</sup>. Neste sentido, pode-se destacar a preferência por comidas *gordas e fortes*, como as frituras e a carne de porco; a importância atribuída à *carne* na alimentação (apesar de esta não estar presente diariamente na dieta dos moradores da Vila), bem como ao *feijão*. Estes alimentos são aqueles considerados como responsáveis pela promoção e manutenção da *força* do corpo, isto é, são aqueles que realmente *alimentam*.

Os alimentos que não podem faltar nas refeições diárias dos moradores da Vila são principalmente o feijão e o arroz. Estes são comprados em grande quantidade e, além de serem relativamente mais baratos, permitem ser estocados em casa sem necessitarem o uso de geladeira (bem que poucas pessoas dispõem na Vila)<sup>10</sup>. O feijão em geral, é cozinhado em maior quantidade do que se prevê para uma refeição, sendo guardado para as refeições do dia seguinte. A *carne* pode ser por vezes substituída por galinha (em geral a *carcaça*). É também frequente recorrer a massas e a polenta como recurso de complementação da alimentação, tudo vai depender do orçamento disponível para tanto. Ainda quando há algum dinheiro sobrando este pode ser usado para a compra de alguma verdura ou fruta da época<sup>11</sup>, ou mesmo ser gasto, o que é bastante comum, com

---

9 Para uma história da alimentação em diferentes locais do mundo, ver Annales, ESC, n.2-3, 1975.

10 A respeito do largo consumo do feijão e do arroz e das representações a ele associadas pelos membros das classes populares ver Zaluar, 1985 e Loyola, 1984.

11 Como já foi indicado no Cap.I, as frutas e verduras são adquiridas a preço mais acessíveis e classificadas como de qualidade inferior. São alguns vendedores ambulantes ou moradores da própria Vila que trabalham num depósito de hortifrutigranjeiros situado próximo a Vila quem revendem estes produtos.

refrigerantes, picolés e balas para as crianças. Já o leite, quando presente em casa é exclusivamente reservado às crianças menores<sup>12</sup>. É raro ver um adulto consumindo leite.

A carne, apesar de ser o alimento mais valorizado, é também aquele, que em decorrência de seu alto custo, é o menos presente na alimentação das pessoas da Vila. É reservado para ocasiões especiais, quando o orçamento permite. E embora o feijão e o arroz sejam também alimentos considerados importantes na alimentação, como já foi mencionado acima, quando comparados a *carne*, aparecem como inferiores. O relato de uma informante, ao se referir a sua condição de vida, salienta este aspecto:

"De vez em quando a gente passa até dois meses sem comer *carne*, só no *maldito arroz e feijão*. Mas graças a Deus que a gente tem, tem muita gente que não tem nem arroz e feijão" (Júlia, 22 anos).

Assim, se por um lado comer *carne* seria o ideal, o fato de se ter ao menos o *feijão e arroz* é tido como uma vantagem em relação as pessoas que *não tem nem arroz e feijão*<sup>13</sup>. É bastante comum, entre as pessoas da Vila, ao se queixarem das restrições ao consumo de determinados alimentos este tipo de referência àqueles que nada possuem para comer, isto é, que são os realmente *pobres* ou os *mais carentes*.

As pessoas que consomem com maior frequência este alimento tão apreciado que é a *carne* o fazem geralmente nos seus locais de serviço, como pode ser visto no depoimento de um informante:

---

12 Na época do trabalho de campo do presente estudo, o leite era adquirido através dos famosos *tickets* de leite distribuído pela LBA às famílias que tinham crianças pequenas. Mas estes mesmo *tickets* eram ainda trocados por outros gêneros nos armazéns locais, o que dependia de uma negociação entre o comprador e o dono do estabelecimento. Isto se dava também pela alegação de que determinada criança não gostava de leite e que desta forma os *tickets* sobriam mesmo.

13 Como destaca Zaluar a comida é um dos principais veículos através do qual a condição de pobre é pensada pelos membros das classes populares. Segundo a referida autora "a mesma categoria é pensada para opô-las aos muito pobres, aos que passam fome..." (1985:105)

"Eu ganho até bem, tenho pouco gasto porque sou só eu. Eu poderia até às vezes **comer um pouco melhor, comprar uma carninha...** Mas quase nunca compro carne. Eu guardo sempre um dinheirinho no caso que uma filha precise. Mas quase toda noite **eu como churrasco** lá no serviço. O pessoal assa uma carne e sempre levam um pedaço para mim. E, nos fins-de-semana tem as filhas, uma ou outra me traz almoço, **um churrasquinho e uma salada de maionese**, que elas sabem que eu gosto muito." (Seu João, 75 anos, guarda-noturno)

O fato de Seu João não comprar carne *quase nunca* não significa que ele não atribua importância a este alimento. Pelo contrário, a carne representa *comer um pouco melhor*. Mas como Seu João obtém este alimento através de outros recursos, como no ambiente de trabalho, ele não precisa despende seu dinheiro na compra deste produto, ele aproveita este fato para conseguir economizar um *dinheirinho*. O depoimento acima também refere o final da semana como o tempo destinado a uma alimentação considerada como *melhor*, como o tempo em que às vezes é possível comer o que se *gosta*.

As representações referentes à alimentação se orientam, como já foi destacado, pelo oposição básica forte/fraco, leve/pesado<sup>14</sup>. É neste sentido que se tem também a oposição entre comidas de *sal*, representadas sobretudo pela *carne*, *feijão* e *arroz* e comidas leves onde entram o *pão* e principalmente os *doces*. O *sal* é associado com a *força*, tida como necessária para a execução das atividades cotidianas. Já o *pão* e os *doces* são alimentos geralmente relacionados ao gosto das crianças e que não *sustentam*.

Este tipo de representação fica evidente na narrativa de uma informante. Esta, contando-me sobre a realização de uma festa da Associação de Moradores, da qual participou destaca:

"Trabalhei o dia inteiro, indo de um lado para outro. Mal almocei. Só comi um **pedaço de pão com frios e um refrigerante**. E ainda por cima não me deram nada para levar para casa. Sobrou uma porção de coisas. No fim da tarde estava até me **sentido mal porque não tinha comido o dia todo nada**

---

14 Duarte destaca a relação entre a qualificação *pesado/leve* da alimentação e a demarcação dos momentos e formas próprias de se alimentar. Ver Duarte, 1986.

**de sal. Cheguei em casa, tomei um banho, comi um pedaço de carne e fui dormir." (Ivone, 46 anos)**

Como pode se ver pelo depoimento acima, o fato de não comer nada de *sal* é percebido praticamente como não comer ou comer muito mal - *mal almocei* - o que tem como consequência o *sentir-se mal*. A forma de repor esta *força* perdida, pelo trabalho e desgaste físico, é através da própria alimentação, no caso, comendo um *pedaço de carne*. O *pão* e os *refrigerantes* não são percebidos enquanto alimentos possíveis de satisfazer os requisitos de uma refeição como o *almoço*.

Mas o *sal* está também relacionado com o gosto. As pessoas manifestam preferência por alimentos de *sal* e muitas vezes afirmam não comer porque consideram que determinada comida *não tem sal*. Como o caso de uma menina que, ao me contar sobre uma internação hospitalar a que foi submetida, afirmou que não comia no hospital porque a comida de lá *não tinha sal*<sup>15</sup>.

Uma outra característica associada à alimentação nas práticas e representações dos moradores da Vila é a quantidade desta. Ao prepararem seus pratos de comida as pessoas servem uma grande quantidade do alimentos. Mesmo para as crianças, a comida é servida em uma grande quantidade, muitas vezes superior aquela que estas efetivamente comem. Lembro-me de uma ocasião em que estava num dos Clubes de Mães da Vila e foi servido o lanche da tarde. Este era composto por polenta com molho de salsicha. A mulher que estava servindo encheu de tal forma os pratos que mal dava para movimentar a colher neste. Pensei que a maioria das mulheres e das crianças presentes não seriam capazes de comer toda aquela quantidade de comida. Mas logo constatei que os pratos foram quase todos "limpos". Comentando a este respeito com uma destas mulheres esta me disse: "tem bastante polenta, tem que aproveitar". Esta noção de quantidade, de

---

<sup>15</sup> A respeito da recusa em seguir as dietas hospitalares por estas serem percebidas como *sem gosto* ou *sem sal*, ver Knauth, 1990.

excesso, para a qual este acontecimento aponta, está vinculada por um lado, com a privação a que estas pessoas são submetidas, mas por outro lado faz parte da representação de corpo e de alimentação que possuem. Neste sentido a alimentação é percebida como algo que pode ser armazenado, estocado dentro do corpo, garantindo assim uma espécie de "reserva" para os momentos em que o acesso a alimentação é mais restrito<sup>16</sup>.

## 2. Saúde e Doença: Percepções e Representações

Como a bibliografia sobre o tema enfatiza, entre outros Herzlich (1975,1984), Augé (1984), Boltanski (1984), Loyola (1984) e Laplantine (1986), a doença é um fenômeno eminentemente social. Ela estabelece uma relação entre a ordem biológica e a ordem social, pois ao mesmo tempo em que ela atinge o indivíduo naquilo que ele mais deve a biologia - o corpo em suas funções e estrutura - ela atinge também a sociedade, um determinado conjunto de relações sociais. Neste sentido, mesmo na nossa sociedade ocidental moderna em que a explicação da doença remete a causas anatomofisiológicas, devido a difusão do discurso médico, há também uma explicação de ordem social que remete as causas, mais especificamente o sentido da doença à sociedade.

A doença, por estabelecer, em todas as sociedades, esta relação entre a ordem social e a ordem biológica, entre o indivíduo e a sociedade, demanda sempre uma explicação<sup>17</sup>. Entretanto esta explicação não é sempre satisfeita pela explicação biomédica das causas da doença. Restam perguntas do tipo "Por que eu?", "Por que agora?" que estão presentes mesmo na nossa sociedade e que este tipo de explicação não fornece resposta, ao menos que satisfaça os indivíduos. "Elas exigem uma interpretação que ultrapassa o corpo individual e o diagnóstico

---

16 Esta representação está também relacionada com a própria instabilidade de vida das classes baixas, tanto a nível de rendimento financeiro como também a nível de moradia. É também parte de práticas comuns como estocar alimentos, cozinhar em maior quantidade. Pode-se aqui aproximar esta noção de quantidade e escassez, com a noção de "limited good" atribuída por Foster às sociedades camponesas. A este respeito ver Foster, 1965.

17 Como destaca Augé a doença é ao mesmo tempo uma coisa individual e social, uma ligação entre a ordem biológica e a ordem social. Ver a este respeito Augé, 1984.

médico. A resposta que é dada excede a procura das causas e torna-se a busca de sentido. É a uma ordem do mundo e a uma ordem do social que, sempre, se procura relacionar a doença" (Herzlich, 1984a:134). Assim as explicações que as diferentes sociedades e classes sociais dão para a doença não se limitam a sua causa, mas remetem também a busca de um sentido que explique não apenas o mal biológico, mas as circunstâncias deste, isto é, seu contexto social de produção.

### 2.1. A Doença: Sinais, Causas e Significado

Os moradores da Vila Dique em geral falam bastante e gostam de falar sobre as doenças que tiveram ou que uma outra pessoa, em geral um *parente* teve. As mulheres falam mais das doenças de seus filhos do que das suas próprias, já os homens falam deles mesmo. A familiaridade que estas pessoas têm com a doença, mais especialmente com alguns tipos de doenças, é notável. É raro encontrar alguém que nunca teve uma doença percebida como "grave" ou que não passou por alguma internação hospitalar.

A doença é percebida através de alguns sinais os quais aparecem sempre relacionados com a incapacidade de realização das atividades cotidianas ou com certas práticas e disposições consideradas como normais. Um destes sinais que é frequentemente mencionado como indicador de que alguma coisa não está *normal* é a perda da *vontade de comer*. Como já destaquei no início deste capítulo, a alimentação é uma prática do universo cultural muito valorizada entre os moradores da Vila - tanto em termos de qualidade como em termos de quantidade - e logo a falta desta *vontade de comer* é considerada como um sinal de que por algum motivo o indivíduo não está bem. As mães relatam que percebem que seus filhos estão doentes a partir do momento que estes *não comem direito* ou *não querem comer nada*. Mas também os adultos vêem esta falta de apetite como indicativo de uma situação não normal, já que o normal é a *vontade de comer*.

Mas, ao mesmo tempo que o *não comer* funciona como indicativo da doença, ele tem outras consequências na vida do indivíduo. Ele passa a interferir nas práticas sociais destes, impossibilitando-as, sobretudo porque as pessoas *não têm mais força* para realizar estas. É neste sentido que grande parte dos

entrevistados relacionam a falta de *vontade de comer*, a *fraqueza* e o *não poder trabalhar*.

Há também outros sinais que indicam a presença da doença, tais como a *febre* e o *dormir*, estes também relacionados à não realização das atividades normais. Como fica evidente no relato de uma das entrevistadas ao se referir às doenças de seus filhos:

**"Se dá febre, pode aprontar que estão doentes. E também se não estão brincando, se vão dormir assim, a qualquer hora da manhã, pode saber que estão doentes. E se dá febre pode levar no médico que alguma coisa elas tem. Eu veja assim pela testa, não tenho termômetro." (Júlia, 22 anos, dois filhos)**

Assim, mesmo mencionando a *febre* como um indicador de doença, sinal normalmente apontado pelo discurso médico, é sobretudo a não realização das atividades cotidianas, como o *não brincar* ou o *dormir a qualquer hora* que faz com que a *febre* e mesmo a doença sejam percebidas enquanto tais. Ou seja, se as atividades fossem realizadas normalmente, se não houvesse outras manifestações além da *febre*, é bem possível que esta não fosse percebida, ao menos imediatamente. Neste sentido, a *febre* é percebida como se fosse a própria doença e não apenas um sinal desta. É dessa forma que muitas mães, ao falarem de como percebem que seus filhos estão doentes, acrescentam a *febre* outros sinais como o *estar caidinho*, o *choro* intenso, o *não comer* e o *não dormir* ou o *dormir demais* - estados estes que não correspondem ao comportamento esperado das crianças.

A doença é assim percebida a partir do momento em que interrompe as atividades normais e, no caso dos adultos, principalmente a partir do momento em que ocasiona a incapacidade da utilização do corpo em sua principal atividade

que é o trabalho<sup>18</sup>. É importante notar aqui que estas representações a respeito da doença estão intimamente associadas com os usos sociais do corpo, bem como as representações sociais destes usos que estas pessoas fazem. E aqui esta relação aparece de forma bastante explícita na medida em que as condições de existência dos moradores da Vila estão diretamente associadas com o uso do corpo nas atividades de trabalho, como já foi salientado anteriormente<sup>19</sup>. O significado que a doença assume nestas condições remete sobretudo para a ordem social na medida em que ameaça não apenas a saúde do indivíduo, sua reprodução biológica, mas também a sua reprodução social, mais especificamente, a reprodução das condições de sua existência social.

### 2.1.1. A Explicação da Doença: Causas *Naturais* e *Sociais*

As explicações que os moradores da Vila Dique dão para as suas doenças variam conforme suas trajetórias sociais e a classificação que atribuem a esta doença, isto é, o "tipo" de doença. De uma forma bastante geral pode-se dividir as representações das pessoas entrevistadas a respeito da doença em dois grandes grupos: as doenças atribuídas a causas consideradas como *naturais* e aquelas doenças que são causadas por fatores *sociais*. Entretanto esta divisão entre *natural* e *social* é bastante fluida e em última instância remete sempre para a ordem social.

Entre as doenças atribuídas a causas *naturais* encontra-se principalmente aquelas que remetem a uma taxionomia médica e a reinterpretção desta classificação pela população. Figuram nesta lista doenças como a *tuberculose*, a *pneumonia*, a *desidratação*, a *infecção*, a *sarna*, o *problema de rins*, as *queimaduras* entre outras. Estas doenças são explicadas sobretudo através de elementos da

---

18 Sobre a percepção do trabalho enquanto um valor centrado no Valor-Família e na sua condição de gênero, entre as classes populares, ver Duarte, 1986.

19 A respeito do uso do corpo como um uso social e não apenas fisiológico ver Mauss, 1974; sobre as diferentes técnicas de repouso conforme a percepção dos ritmos de trabalho e descanso, ver Bastide, 1983; sobre os diferentes mecanismos de percepção decorrentes do uso social do corpo ver Boltanski, 1984. Já para uma análise das diferentes concepções do uso socialmente prescrito como "correto" do corpo ver Bourdieu, 1979 e Duarte, 1986. Para uma relação entre a forma de percepção da doença e os usos sociais do corpo diretamente relacionados a manutenção das condições de existência ver Loyola, 1984 e Knauth, 1990.

*natureza* como o *frio*, o *calor*, a *unidade*, o *tempo*. O relato de um informante a respeito de sua doença aponta estes fatores como causa desta:

"Eu sempre andei muito, a minha função antigamente, quando eu era mais novo era saneamento, água e esgoto. Tenho os documentos tudo aí. Trabalhei pelo estado do Paraná, São Paulo. E daí depois, por saúde, os médicos me proibiram de **trabalhar na terra**. Porque eu me **molhei** a vida toda. Peguei uma *pneumonia dupla*." (Luis, 70 anos)

Ou ainda nas palavras de um outro entrevistado ao explicar a causa de sua *tuberculose*:

"Esta doença é resultado das **friagens** que foram se **acumulando, entrando nos ossos**. Eu nunca me cuidei direito, andava trabalhando no **frio e molhado**. Quando eu **bebia** muito, acabava dormindo na rua, no **frio**, na grama **molhada**, nem ligava... Tudo isto foi me deixando assim, doente". (Adão, 68 anos)

Nos dois depoimentos a causa da doença - *pneumonia e tuberculose* - é atribuída a fatores *naturais* como o *frio* e o *molhado*. Mas ambos remetem à uma determinada condição social a causa da exposição do indivíduo a estes fatores, ou seja, ambos informantes só sofreram as consequências do *frio* e do *molhado* porque estavam sujeitos a estes fatores por seu *trabalho* ou, no caso do segundo depoimento, um comportamento do próprio indivíduo - o *beber*. O social aparece aqui como intermediando a relação entre o indivíduo e a natureza, sendo a doença a manifestação de que esta relação não está se dando de forma considerada como normal<sup>20</sup>.

---

20 Vários autores já apontaram para a oposição estabelecida através da doença entre a sociedade e o indivíduo, sendo que em geral, o primeiro elemento aparece relacionado com a doença enquanto o segundo representa a saúde. A este respeito ver Herzlich, 1975 e 1984; Augé, 1984 e Laplantine, 1986.

O primeiro depoimento aponta ainda para um outro fator social da doença, a saber, a interrupção da atividade produtiva que esta pode ocasionar. Neste sentido a doença acarreta não apenas uma modificação no estado fisiológico do indivíduo, mas também uma mudança em sua condição social<sup>21</sup> e modifica as relações desta com a sociedade. É neste sentido que ao falarem da doença as pessoas se referem simultaneamente às consequências sociais que esta ocasionou. Tudo se passa como, dependendo do tipo da doença e do estatuto atribuído a esta, houvesse uma divisão entre a vida antes da doença e a vida depois da doença. Isto fica evidente no seguimento do segundo depoimento, onde Adão conclui: "a partir desta doença parei de beber. Tem um momento em que a gente é obrigado a parar com estas coisas".

O relato de Adão indica ainda como causa da doença, além das causas *naturais* mais imediatas - *frio e molhado* - causas de origem moral. O *beber* aparece, neste momento de sua trajetória, enquanto um comportamento negativo moralmente tendo como consequência uma coisa também considerada como negativa que é a doença. A doença funciona aqui como um sinal de que chegou o *momento de parar com estas coisas*. É o social mais uma vez falando através do corpo do indivíduo, através da doença.

Há ainda um outro elemento apontado por este mesmo depoimento que é bastante comum nas representações de doença dos moradores da Vila. A doença aparece como resultante do *acúmulo* de diversos fatores, como algo que vai se gerando no interior da pessoa ao longo do tempo chegando ao ponto de fazer parte da estrutura do próprio corpo, ou seja, *entrando nos ossos*. Neste sentido ela pode até mesmo modificar alguns órgãos do corpo, como salienta um entrevistado ao dizer que sua *tuberculose* ocasionou uma *caverna nos pulmões*. É também coerente com esta concepção que muitas pessoas afirmam que determinadas doenças não são curadas e apesar de em alguns momentos estas não apresentem

---

21 Esta situação aparece de forma mais explícita ainda quando se trata de doenças específicas, como por exemplo a tuberculose, que até recentemente marcava de forma definitiva, respaldada até mesmo por formas jurídicas, a pessoa que foi, em determinado momento, vítima deste mal.

nenhum sintoma, *estão sempre ali, dentro da pessoa*<sup>22</sup>. Há neste sentido, uma noção da doença enquanto latente no indivíduo ou enquanto causadora de marcas permanentes neste. Como fica evidente no depoimento de outro informante que depois de relatar um tratamento que fez para os *pulmões* que considera como bem sucedido conclui:

"Mas até hoje, de vez em quando, fico ainda ruim dos pulmões. **É só eu me molhar que esta doença aparece**, é coisa triste. Estes dias estava voltando do serviço e começou a chover, tomei uma chuva. Cheguei em casa e logo troquei de roupa, mas não adiantou. No outro dia eu já estava ruim, **era esta coisa de novo**" (João, 75 anos)

Assim há doenças que permanecem no corpo da pessoa e que em determinadas condições, como no caso o *se molhar*, tornam a *aparecer*<sup>23</sup>. Nesta percepção a doença interfere de tal forma no indivíduo que passa a ser constituinte deste, exigindo determinados "cuidados" ou até mesmo limitando suas atividades.

É ainda neste sentido que muitos entrevistados remetem sua doença atual a acontecimentos bastante remotos, ou seja, a coisas que lhes aconteceram durante a infância ou há muitos anos atrás. Nestes casos o período de tempo entre o acontecimento gerador e a manifestação da doença é uma espécie de tempo de gestação da doença. O que significa que ela vai se desenvolvendo dentro do indivíduo sem que muitas vezes este se dê conta de que já está potencialmente doente. O relato de uma informante ao tentar explicar os motivos originários de sua *infecção urinária* atual aponta nesta direção:

"Esse problema nos rins vem de muito tempo atrás, quando eu **ainda era criança**. Morava lá para fora, com o meu pai e lá a gente costumava arrancar aipim para dar para os bichos. Um

---

22 Esta concepção se aproxima do modelo endógeno da doença, destacado por Laplantine, segundo o qual a doença não é considerada como um ser estranho ao indivíduo, mas como parte deste. Para uma análise do modelo endógeno da doença ver Laplantine, 1986.

23 Esta concepção se aproxima da noção de "hereditariedade" presente entre os membros das classes populares da França usada para explicar certas doenças que se confundem com o indivíduo, e que designa além de uma "predisposição" à determinada doença, uma espécie de "predestinação" à esta. A este respeito ver Boltanski, 1984.

dia, fui junto para arrancar, mas eu não consegui porque eu sempre fui muito magrinha e pequena, vivia doente. Disse para o meu irmão que não tinha força para arrancar. Mas ele tinha ciúmes de mim porque minha mãe de criação me dava de tudo e nele ela só batia. Ele então pegou e **me deu uma paulada nos rins** que eu até desmaie de dor. **Daí fraturou os rins e acho que foi lá que começou este problema.** Agora eu tenho sempre estas infecções urinárias". (Carla, 30 anos)

Aqui mais uma vez, além de um fator *natural* que originou a doença - a *paulada nos rins* - há o fator social como gerador - o *ciúmes de seu irmão*. No mesmo sentido do que salienta Evans-Pritchard a respeito dos azande, o que eles explicam através da noção de bruxaria não são os acontecimentos naturais que geraram determinado infortúnio, mas "as condições particulares, uma determinada cadeia causal, que ligavam um indivíduo a acontecimentos naturais de tal forma que ele sofresse tal dano" (Evans-Pritchard 1978:60). E, embora aqui não se trate de atribuir a uma instância sobrenatural a razão da *paulada nos rins*, como é o caso da bruxaria, o *ciúmes* do irmão aparece como justificativa da ligação estabelecida entre a *paulada* e o *problema de rins* ou entre o acontecimento natural e a doença que atinge determinada pessoa. Explica-se assim, não apenas o *problema de rins* mas também o "por que eu", isto é, o sentido da doença. Em outras palavras, apesar de haver uma ênfase no aspecto *natural* causador da doença, o aspecto social ocasionador desta doença aparece como englobando o primeiro aspecto, ou seja, em um nível mais geral, o aspecto social se sobrepõe ao aspecto *natural*.

Esta forma de explicação da doença é sempre feita a posteriori. É esta condição que permite que se estabeleça as ligações entre os diferentes elementos que compõe a representação da doença. Neste sentido, ela é sempre referida à posição atual do indivíduo e a um dado momento de sua trajetória social. Por esta mesma razão é que as representações e explicações dadas às doenças passam muitas vezes por um julgamento moral do indivíduo sobre si próprio (como no caso de *parar de beber* relatado acima) e sobre sua trajetória de vida.

Há ainda entre as doenças atribuídas a causas *naturais* um outro grupo de doenças que apresentam algumas características bastante específicas e significativas para a compreensão das representações de doença entre os moradores da Vila Dique. Neste grupo de doenças pode-se destacar três características fundamentais. Em primeiro lugar, são principalmente aquelas

doenças relacionadas com o cuidado dispensado às crianças, ou melhor, com a "falta" deste. Em segundo lugar, são doenças que colocam em questão a posição da mulher enquanto mãe, seja perante as outras mulheres da Vila, seja perante os profissionais da saúde<sup>24</sup>. E por fim, são doenças tidas como *prioritárias* por grande parte das políticas públicas de saúde e pelos próprios profissionais da saúde, sobretudo por aqueles do Posto de Saúde da Vila Floresta que mantém uma relação mais intensa com os moradores da Vila<sup>25</sup>. Fazem parte deste grupo doenças como a *desidratação*, a *desnutrição*, as *infecções* infantis, as *epingles* e a *sarna*.

Em razão destas características específicas, a explicação da causa deste tipo de doença demanda diferentes artifícios que visam "desresponsabilizar" a mãe "naturalizando" a doença ou atribuindo a "responsabilidade" desta a outras pessoas. Pois, apesar de ser bastante comum este tipo de doença entre as crianças da Vila, ela exige uma explicação que é, ao mesmo tempo, uma justificativa da mãe perante a sociedade. O depoimento de uma das entrevistadas citado abaixo evidencia esta situação:

**"A primeira me deu trabalho. Ela tinha desidratação e eu não sabia o que era, porque era o primeiro filho. Daí deu desidratação nela e eu corri para tudo que era lugar. Eu não via ela chorar, deu aquela dor de barriga nela, assim desidratação, caganeira.... (...)Depois outra vez, de novo desidratação que deu na guria (...) Falta de água não era, acho que era do calor, calor demais, assim o doutor falou." (Júlia, 22 anos).**

Ou ainda como indica outra informante ao narrar uma *infecção* de seu filho:

**"Este outro também andou muito doente quando pequeno. Ele ficou com uma infecção, acho que foi por causa de um leite de**

---

24 Pode-se pensar que em um outro extremo esta ameaça à posição da mulher enquanto mãe represente também uma ameaça à posição masculina, na medida em que a *honra* masculina está diretamente vinculada à *família*. Para uma discussão sobre o caráter complementar da oposição homem/mulher que tem como ente totalizador a *família* ver Duarte, 1986.

25 Abordarei esta questão da relação entre os profissionais da saúde do Posto de Saúde da Vila Floresta e os moradores da Vila Dique no capítulo V deste trabalho.

**vaca que eu dei para ele. É que eu fui viajar para fora e lá eu tive que dar leite de vaca para o guri, não tinha levado o leite de lata que ele sempre tomava. Acho que foi disto que ele ficou doente" (Sandra, 40 anos)**

Nos dois depoimento a doença aparece como tendo por causa imediata um fator *natural* - o calor e o leite de vaca - mas ambos procuram evidenciar como a mãe não foi a "culpada" desta doença da criança. Assim, no primeiro depoimento, seja por ser o *primeiro filho* e a criança não apresentar sinais de doença, a mãe é desculpada de não *saber* identificar a doença e depois, quando esta se repete ela faz questão de destacar que tomou os devidos "cuidados" para evitar a doença afirmando que *falta de água não era*; demonstrando inclusive ter já adquirido um certo domínio do discurso médico a respeito do assunto. E, no segundo caso, é uma circunstância imprevista que faz com que a mãe *tenha* que dar para o filho um tipo de alimento que considera como gerador da doença, ou seja, não é ela a responsável mas sim a própria circunstância excepcional em que se encontrava. Uma outra forma de explicar a ocorrência deste tipo de doença nos filhos e ao mesmo tempo não colocar em questão a sua posição da mãe é atribuir a responsabilidade destas a uma terceira pessoa. É muito frequente que em determinadas ocasiões as mães *dê* os filhos por um certo período para outras pessoas, em geral um *parente*<sup>26</sup>. Mas estes, em geral, retornam para a unidade doméstica materna depois de um tempo determinado<sup>27</sup>. Este período transcorrido entre a "entrega" do filho e o seu retorno é muitas vezes apontado como causador de muitas das doenças da criança ou mais explicitamente, a pessoa que ficou responsável pela criança durante este período é considerada como "culpada" por estas doenças. É neste sentido que uma das entrevistadas ao se referir que seu filho

---

26 A respeito dos motivos de "entrega" das crianças à outros parentes e de como se dá esta "circulação" ver Fonseca, 1985 e 1987.

27 O material etnográfico deste estudo aponta no sentido de que a *doença* da criança é também um motivo que leva muitas mães a *darem* seus filhos para outras por determinado período, em geral, até *melhorarem bem*. A mãe nestes casos é dispensada dos cuidados da criança doente por se perceber como não tendo condições, seja por motivos econômicos, de trabalho ou mesmo de relacionamento com o cônjuge, de cuidar adequadamente da criança. Entretanto, isto não impede de que mais tarde a mãe responsabilize a pessoa que tomou conta da criança doente por qualquer *problema* que esta venha a apresentar. A responsabilidade da doença passa assim a ser um fator de negociação.

mais velho "sempre foi muito *magrinho e doente*" e era considerado como *desnutrido* pelos profissionais da saúde, atribui isto ao fato deste ter morado um ano com a mulher que a criou, sua *parente*. E, para destacar mais ainda esta situação como geradora dos *problemas* de seu filho, contrapõe o caso de seu filho mais novo que é *gordo e forte* e que sempre morou com ela.

Por fim, uma outra forma de perceber estas doenças sem remetê-las à responsabilidade da mãe é naturalizando-as. A doença assim independe dos "cuidados" dispensados pela mãe às crianças uma vez que esta é parte "natural" da condição desta últimas<sup>28</sup>. É neste sentido que diversas mães se referem a este tipo de doença como sendo uma coisa "natural" dos primeiros anos de vida da criança e que depois com o crescimento desta acabam por desaparecer. Isto fica evidente no relato de Sandra, que tem oito filhos e ao falar destes afirma:

**"Todos os meus filhos, até um ano de idade, sempre foram muito doentes. Tinha diarreia, desidratação, eram muito magrinhos. Sempre deram muito trabalho. Mas eu nem me preocupava muito, eu sabia que depois de um ano isso passava. Daí eles foram se criando sozinho".**

Assim, apesar de Sandra admitir que todos os seus filhos *foram muito doentes*, ela não questiona a sua função de mãe uma vez que considera como "natural" o *ser doente* em uma determinada fase da vida das crianças - *até um ano de idade*. Mas o fato destas doenças serem consideradas "naturais" não significa que elas não requeiram "cuidados" específicos - como no caso de Sandra que relata que várias vezes levou suas crianças ao médico - entretanto, elas não chegam a se constituir em um motivo de *preocupação*, visto que são consideradas características de uma determinada fase - *eu sabia que depois de um ano passava*.

Já as doenças atribuídas diretamente a fatores sociais formam um outro conjunto de doenças com características bem específicas. Entre estas se destacam, principalmente, o *problema de nervos* ou de *cabeça*, a *bebida* e ainda por

---

28 O trabalho realizado por Loyola entre a população de um bairro periférico do Rio de Janeiro também aponta para o quanto certas doenças infantis são consideradas como "nomais". Ver Loyola, 1984.

vezes, o *aborto*. O primeiro elemento que diferencia estas das doenças mencionadas anteriormente, é o fato de serem reconhecidas como sendo originárias do meio social no qual o indivíduo está inserido, mais exatamente, de determinadas relações sociais das quais participa. Em segundo lugar, são consideradas em geral, como doenças sem cura ou em que esta é bem mais difícil. Não são assim consideradas enquanto pertencentes a determinada fase da vida, como o são algumas doenças infantis, mas estão relacionadas a uma determinada situação social percebida como praticamente irreversível. Neste sentido, há uma homologia entre a doença e a situação social a qual esta se refere, ambas são vistas como de difícil retrocesso, ou seja, é tão difícil a situação originária da doença se modificar quanto a pessoa se curar realmente da doença. E se em alguns casos esta situação se altera ela deixa as marcas no próprio corpo do indivíduo, através de sua doença.

Por esta relação estabelecida entre uma dada situação social e um determinado tipo de doença, os moradores da Vila ao falarem de sua doença falam simultaneamente da situação que a originou. O caso relatado por uma das informantes ilustra de forma significativa esta percepção. Falando sobre as doenças que seus filhos já tiveram, Joana conta que sua filha mais nova está muito doente desde que seu marido morreu: "Ela tem crise de nervos desde que o pai dela morreu". Continua relatando que o seu marido *foi matado* por um cunhado dentro do pátio de sua casa. Disse que os dois brigaram e o cunhado, como já estava bêbado, deu um tiro e matou seu marido. Disse que a filha mais nova era *muito apegada* ao pai e que desde então tem *crise de nervos*. Joana conclui dizendo que também tem *problema de nervos*: "quando a gente começa a pensar nas coisas já vai se atacando, já vai irritando. Daí eu já posso saber que é os nervos".

Como pode-se perceber pelo exemplo descrito acima, a causa da doença - *crise* ou *problema de nervos* - é remetida diretamente para a situação social que a originou - *a morte do pai*. Entretanto, não basta um fato isolado para originar uma doença, mas é fundamental fornecer as características específicas deste, ou seja, seu contexto social. Assim, não é apenas o fato do pai ter morrido que justifica a doença da filha, mas é a forma que esta morte ocorreu - *matado* por um parente e dentro do espaço doméstico - e as relações que esta mantinha com ele - *ser muito apegada*. Esta é a razão para ser necessário, ao se relatar a doença, contar toda a

história, isto é, a história da doença faz parte da própria doença na medida em que explica sua origem.

O relato de Joana evidencia também outros elementos referentes a concepção deste tipo específico de doença frequentemente apontados pelos moradores da Vila. São eles o *pensar*, o *atacar* e o *irritar*. O *pensar nas coisas*, ou seja, o refletir a respeito dos acontecimentos e de sua condição social é, em geral, identificado com a manifestação do *problema de nervos*. Ele não é a causa da doença, visto que a causa é uma situação social, mas o *pensar* pode desencadear a doença, fazer com que esta se manifeste. É importante salientar que o "pensar", ao menos enquanto considerado como uma atividade em si, não é percebido como normal entre os moradores da Vila, visto que para estes o cotidiano está vinculada as atividades físicas, por oposição as atividades intelectuais.

Na medida em que o *pensar* pode trazer a tona a doença ele aparece vinculado ao *atacar* e/ou *irritar*. Como sugere Duarte (1986) a lógica do *atacar* está relacionada com a percepção de certos pontos de "entrada" para dentro do corpo de estímulos externos e com a noção de "simpatia" entre as partes do corpo. O *atacar* designa assim "os efeitos nocivos que podem ter os deslocamentos ou transposições entre os órgãos ou elementos corporais, a *comida*, os *remédios* e as emoções ou razões "morais" aos estímulos" (Duarte, 1986:167)<sup>29</sup>. Neste sentido que o *pensar*, enquanto um estímulo "moral" que tem como "entrada" a *cabeça* pode se deslocar e *atacar* os *nervos*. Já a "irritação" aparece como expressando o abatimento do indivíduo pela situação, isto é, a capacidade da situação, acentuada pelo *pensar*, de tirar o indivíduo de seu estado normal, de *irritá-lo*.

O *problema de nervos* é usado como justificativa para muitos comportamentos considerados como não adequados para uma dada situação ou não normais. Assim, alguém que *sofre dos nervos* pode ficar *braba* ou *brigar* com maior facilidade, pode ter *ataques*, pode *chorar* com maior frequência. Como evidencia o depoimento de uma moradora da vila:

---

<sup>29</sup> Para uma análise mais detalhada da lógica do *atacar* que tem a "irritação" como uma de suas qualidades ver Duarte, 1986.

"Quando eu fico assim, atacada dos nervos, eu fico braba até mesmo com o meu marido. Às vezes até brigo com ele. Mas é que eu tenho este problema de nervos, né." (Eda, 38 anos)

Por outro lado, estes comportamentos considerados como não normais podem também serem percebidos enquanto sinais deste tipo específico doença. É neste sentido que uma das entrevistadas, ao se referir que seu filho mais velho tem *problema*, afirma:

"Ele andava muito revoltado, não obedecia nem o pai, estava sempre brigando com todo mundo. Daí eu levei ele no médico, para ver se era **problema de cabeça**. O doutor disse que ele não tinha nada na cabeça que era só os **nervos**. Eu acho que é porque o pai dele não gosta dele, só dá atenção para a menor. Acho que é isto que ataca ele, que deixa ele assim revoltado". (Teresa, 28 anos)

Assim, foi o fato do menino apresentar comportamentos percebidos como não normais que chamou a atenção da informante para a doença do filho. E, apesar de não ter uma explicação a priori para estes comportamentos, o fato destes terem sido identificados com uma doença - *nervos* - possibilitou a elaboração a posteriori das causas desta doença. E como é uma doença de tipo específico, ligada a comportamentos morais, tem por causa uma situação social. Dito de outra forma, a origem do *problema*, que por sua vez gera os comportamentos não normais, é o fato do *pai não gostar* do menino.

Mas além das doença vinculadas aos *nervos*, há ainda as doenças ligadas a *cabeça*, as quais também são atribuídas à uma causa de origem social. Estas são denominadas como *trauma* ou *problema de cabeça*. Ambos tipos de doenças são muito semelhantes, sendo difícil caracterizar as diferenças entre o *problema de nervos* e o *problema de cabeça*, uma vez que um mesmo comportamento, como por exemplo *não obedecer*, aparece vinculado aos dois *problemas*<sup>30</sup>. O material coletado durante o trabalho de campo indica que a

---

30 Duarte chama a atenção para a relação entre a *cabeça* e os *nervos* que aparece nas representações das classes trabalhadoras, onde a *cabeça* aparece como a entrada dos estímulos "morais" que *atacam os nervos*. Ver Duarte, 1986.

especificidade de cada uma reside no domínio do social a que determinada prática e/ou comportamento está sendo considerado. Neste sentido o *problema de nervos* aparece quando o que está em questão são as relações sociais, tais como as relações de parentesco e vizinhança. Já o *problema de cabeça* está vinculado às relações consideradas mais de ordem intelectual e aparece sob a forma da *dificuldade* ou *bloqueio* de aprender, de compreender. É neste sentido que o *estudo* é também apontado frequentemente como desencadeador deste tipo de *problema*. Isto fica explícito no relato de uma informante que falando a respeito de seus filhos, afirma que o seu filho mais velho tem muita *dificuldade de aprender* e justifica:

"Já levei ele até no médico para fazer exames. Daí o médico disse que nos exames dizia que ele tem um **trauma de cabeça**. É assim, **ele quer fazer alguma coisa e não consegue, ele não entende, ele tem bloqueio**. Daí ele fica **brabo**. O doutor explicou que ele de pequeno deve ter visto os pais passar necessidade, né, não ter comida. Ele deve **ter ficado com aquilo na cabeça**". (Marta, 39anos)

Os *problemas de cabeça*, assim como os *problemas de nervos*, são percebidos como tendo por causa uma situação social, no caso acima o fato da criança ter visto *os pais passar necessidade* é que originou seu *trauma de cabeça*. E como são considerados enquanto uma doença, os comportamentos não normais da pessoa portadora do *problema* são concebidos como involuntários, ou seja, como uma espécie de "consequência" da doença que independe da vontade do indivíduo. Assim este tipo de doença que *ataca os nervos* ou a *cabeça* é percebida como tendo o poder de interferir na capacidade do indivíduo de dominar a si próprio e, apesar de deste despende um esforço neste sentido, a doença acaba por vencer o indivíduo. É o *querer* contra o *não conseguir* em decorrência das manifestações da doença, do *bloqueio*.

O depoimento citado acima, aponta ainda para um outro aspecto comum a esta concepção de doenças causadas por fatores sociais, a saber, o do *ver*. O presenciar ou *ver* uma determinada situação é muito frequentemente relacionado com a causa deste tipo de doença. O fato de uma criança *ver* determinado tipo de comportamento dos pais pode ser a causa remota atribuída a um *problema* que esta venha a manifestar futuramente. É neste sentido que, em

diversas ocasiões, são tomadas uma série de medidas a fim de evitar esta situação, isto é, se tenta impedir que as crianças *vejam* determinadas coisas. Como é, por exemplo, o caso relatado por uma moradora da Vila que afirma que não deixa seu filho mais velho ficar com o pai para ele "não ver o pai beber e ficar doente como ele". É interessante destacar aqui que este *ver* não é geral, ele se refere, em primeiro lugar, a comportamentos e situações bastante definidas e, em segundo lugar, ao comportamento dos parentes mais próximos, em geral ao pai e a mãe. Assim é o *ver o pai beber* que pode levar o filho a fazer o mesmo e não simplesmente o *ver beber*.

Há ainda um outro tipo de manifestação de ordem biológica atribuída a fatores sociais. Estas embora não cheguem a se caracterizar enquanto doenças são percebidas como uma alteração no funcionamento normal do corpo provocada por uma determinada situação social. É neste sentido que uma das entrevistadas se refere ao *aborto* que sofreu em função da insistência de seu marido em morarem próximos a sua avó:

"Eu perdi o nenê com quase seis meses. De tanto me **incomodar, por causa dele me incomodar**. Foi assim, eu tinha ido lavar a roupa na casa da vó dele e eu disse assim: 'Zé, eu não tenho pano de casa'. Era difícil conseguir porque eu não tinha roupa velha. Daí ele em vez do pano trouxe uma bolsa branca [saco de farinha], dessas de fazer toalha de enxugar a louça, sabe. E aí eu deixei branquinha ela, botei no arame e de tardezinha eu recolhi. Daí a vó dele disse que era dela. Daí eu disse que não, que foi o Zé que trouxe para mim. Aí ela disse que era dela, e eu deixei. Quando o Zé chegou de noite eu disse para ele e ele foi pegar a bolsa (...). **Foi ali que eu perdi o nenê. Comecei a ficar nervosa, me incomodando, incomodando...**"  
(Júlia, 22 anos)

Assim, para explicar a causa de seu *aborto* a entrevistada teve que contar todo o evento social que o envolveu, visto que esta é a própria causa do *aborto*. É impossível conceber este fora deste evento, ou seja, ela só teve um *aborto* porque viveu esta situação. A responsabilidade do *aborto* assim não é atribuída a gestante, mas sim as pessoas envolvidas neste contexto social, no caso relatado acima, ao marido e a avó da informante. A *incomodação* e o *ficar nervosa* aparecem como estabelecendo a relação entre a situação social e o corpo da pessoa atingida por esta situação, que tem como consequência última uma manifestação de ordem

biológica que é o *aborto*. Em outras palavras, a *incomodação* e o *ficar nervosa* são as formas através das quais se expressa o atingir do corpo - mais especificamente da *cabeça e/ou nervos* - pelos acontecimentos sociais e que provocam o *aborto*. Aqui, como no caso do *problema de nervos*, o social termina por vencer o indivíduo, ele interrompe até mesmo, através da *incomodação*, um processo percebido como natural, a gestação.

Poder-se-ia aproximar esta concepção a um tipo de explicação que atribui a um determinado fenômeno de ordem física, no caso o *aborto*, uma origem psicológica - argumento frequentemente utilizado pelo discurso médico. Neste sentido, a *incomodação* apareceria como uma expressão de um "desequilíbrio" a nível psíquico e não como a ligação entre o físico e o social. Entretanto, creio que na concepção dos moradores da Vila Dique, a origem do fenômeno é percebida enquanto inteiramente social, sem uma mediação de ordem psicológica, visto que o *ficar nervoso* e a *incomodação* estabelecem uma mediação entre a o físico e o moral ou entre o indivíduo e o social e não entre o físico e o psíquico<sup>31</sup>.

## 2.2. A Percepção da Saúde

Apesar das modificações ocorridas no interior do campo da medicina que trouxeram a saúde e não mais apenas a doença para o centro da discussão e, apesar de todo o discurso e prática dos profissionais da saúde do Posto da Vila Floresta buscando enfatizar a saúde e a prevenção de doenças, esta não parece ter adquirido a mesma posição de destaque para os moradores da Vila Dique<sup>32</sup>. As referências ao que seja a saúde aparecem de forma difusa e vaga nas falas dos entrevistados. Falar da saúde em geral parece não ter muito sentido para os moradores da Vila e por esta razão esta fala é sempre apresentada referida a outros

---

31 Duarte (1986) faz uma observação semelhante ao se referir a sua opção pelo uso da categoria *irritação* em lugar da categoria *sensibilidade*, visto que, segundo o autor a primeira enfatiza literalmente uma mediação "físico-moral", enquanto que a segunda tem conotações de "interiorização" e "individualização".

32 Segundo Pierret, é somente na década de 70 deste século que começa a haver um questionamento da medicina organicista e curativa centrada no corpo doente. A saúde passa então a ser uma finalidade da prática médica. A este respeito ver, Pierret, 1984.

acontecimentos e práticas sociais. Pois como salienta Pierret, "falar da saúde é falar de sua vida" e, nesta perspectiva, "as concepções de saúde são meios de acesso ao sentido que os indivíduos dão as suas condutas e as suas práticas sociais" (Pierret, 1984:228).

A noção de saúde é apreendida, de forma geral pelos entrevistados, em referência a dois acontecimentos sociais: a doença e o trabalho. Em relação ao primeiro, o discurso sobre a saúde se dá através do relato de uma experiência com a doença, ou mesmo pelo fato de não ter sofrido nenhuma doença. Neste sentido, a saúde é percebida como a ausência da doença ou, como afirma um informante: "ter saúde é não estar doente"<sup>33</sup>. Entretanto, esta percepção da saúde como se opondo a doença participa de uma concepção bem específica da doença, ou seja, não é toda a doença que representa a não saúde, mas aquele tipo de doença considerado como permanente, como parte do próprio indivíduo (como é o caso da *tuberculose*, da *pneumonia* ou mesmo dos *problemas de nervos* e de *cabeça* analisados anteriormente). O relato do caso de uma entrevista ilustra esta concepção. Maria, 74 anos, faz questão de afirmar: "eu nunca fico doente, sempre tive muita saúde. É muito difícil eu ter que ir no médico". Mas em seguida, ela conta que passou um ano inteiro internada em um hospital em função das queimaduras que teve em consequência de um incêndio em uma lavanderia em que trabalhava. Ou seja, apesar de ter passado todo este tempo em função de queimaduras, Maria não considera estas como doença ou como um obstáculo a sua saúde, tanto que conclui: "além de lá no hospital, eu não sinto mais nada aqui [aponta para as cicatrizes deixadas pelas queimaduras]. Isto nunca me atrapalhou em nada".

Muito próxima a esta representação da saúde está aquela em que a saúde aparece referida com o trabalho. A saúde é percebida como a capacidade de trabalhar, de realizar as atividades cotidianas<sup>34</sup>. Aqui a saúde também aparece, embora de forma indireta, referida a doença uma vez que esta é percebida

33 Esta forma de perceber a saúde é apontada pela bibliografia sobre o tema, entre outros Herzlich (1975) e Pierret (1984), como a mais recorrente e deve-se em parte a ampla difusão do discurso da medicina organicista e curativa. Ver ainda Laplantine, 1986 em relação a concepção positiva da doença.

34 Esta forma de representação se aproxima da concepção da "saúde-instrumento" na qual "quando se tem saúde, se pode fazer tudo: tudo é possível e sobretudo, trabalhar" (Pierret, 1984:235).

sobretudo, [como já foi destacado no início deste capítulo] através da incapacidade do uso do corpo nestas mesmas atividades. Mas há duas maneiras de apresentar esta relação entre a saúde e o trabalho. Numa delas a saúde é referida à um tempo passado em que a pessoa realizava com desenvoltura suas atividades cotidianas, como expressa o depoimento abaixo:

**"Hoje a minha saúde já não é mais tão boa quanto antes, quando eu trabalhava o dia inteiro. Agora tem esse reumatismo, eu não posso mais caminhar muito. Mas graças a Deus que ainda tenho saúde e consigo fazer todas as coisas sozinha, não preciso depender de ninguém."**(Lúcia, 75 anos)

Assim, embora a saúde seja avaliada em relação há um outro tempo, ela permanece tendo como principal referencial a realização das atividades cotidianas. O "poder trabalhar" é, neste caso, sinônimo de saúde, mesmo que esta apareça como *enfraquecida* se comparada a quantidade de tarefas desempenhadas anteriormente.

Uma outra forma de apresentar esta relação entre saúde e trabalho é opondo à saúde uma situação de doença e não trabalho, que é uma forma de classificar, ao mesmo tempo, sua posição em relação as demais<sup>35</sup>. Neste sentido, ter saúde representa uma vantagem em relação às pessoas doentes e que não podem trabalhar. A saúde é aqui uma forma de perceber positivamente uma posição socialmente dominada.

Além desta formas gerais de representar a saúde, há ainda outros elementos que são apontados pelos entrevistados como indicadores de saúde, tais como a representação de um tempo passado, uma determinada fase de ciclo de vida ou mesmo o gênero sexual a que pertence a pessoa<sup>36</sup>. Entretanto, estes elementos não podem ser considerados isoladamente, uma vez que eles aparecem

---

35 Zaluar também chama a atenção para como a *saúde e a comida* são utilizadas para opor numa mesma categoria de *pobreza*, os pobres e os mais pobres. Conforme afirma a autora: "Se pobre é aquele que trabalha para comer, mas tem saúde ou tem força para trabalhar, então pobre mesmo é o que "não tem saúde", "não tem comida dentro de casa" (Zaluar, 1985:105)

36 A respeito da classificação das doenças de acordo com as funções biológicas e sociais atribuídas aos sexos e as idades ver Loyola, 1984.

intimamente relacionados na fala dos entrevistados, bem como em suas próprias vidas.

É bastante comum entre os moradores da Vila a referência a um tempo passado como sendo um tempo em que as pessoas tinham "naturalmente" mais saúde. É a percepção de um outro tempo social que, em geral, se opõe ao tempo atual. É o tempo das *peessoas antigas*, mais *fortes* e mais resistentes que as *peessoas de hoje*. Como demonstra o relato de um entrevistado ao falar sobre a saúde de sua mãe: "A minha mãe está com cento e dois anos e ainda sova massa para fazer pão caseiro. Pessoa antiga, né." Assim, é a este outro tempo social a que é atribuída a saúde destas pessoas, ou seja, estas tem mais saúde porque são *peessoas antigas*<sup>37</sup>.

Entretanto, a avaliação deste outro tempo social pode variar - ser considerado como positivo ou negativo - de acordo com a trajetória social da pessoa e com a percepção que esta tem de sua posição atual em relação a sua posição anterior. Neste sentido, aquelas pessoas que percebem sua posição anterior ou a posição de sua família, como mais positiva do que a posição ocupada atualmente, atribuem, em geral, a este outro tempo um caráter positivo. Este então aparece, como no depoimento citado acima, como relacionado com a saúde. Aqui o tempo presente, por analogia a perda de uma determinada posição social, representa a perda da saúde "natural", isto é, a doença. Já para as pessoas que avaliam sua posição atual como mais positiva em relação a uma posição anterior, este outro tempo social, o *antigamente*, é apresentado como um tempo em que *se passava muita dificuldade* e no qual as pessoas não tinham os *recursos* que tem hoje na cidade. A cidade representa aqui, se não a saúde, ao menos, a possibilidade de acesso a esta, na medida em que possui os *recursos* de saúde, tais como hospitais e postos de saúde. O depoimento de um entrevistado, que morou muitos anos no interior do estado e que depois veio para a capital, ilustra esta última forma de perceber este outro tempo e espaço social:

---

37 Como já indiquei em um trabalho anterior, esta representação de um tempo passado relacionado com a saúde faz parte de uma concepção mais ampla do *enfraquecimento da natureza humana*. A este respeito ver Knauth, 1990.

**"Lá [no interior] as coisas eram muito mais difíceis, a gente passava mais necessidade. Aqui é tudo mais fácil, tem emprego, se ganha dinheiro, quando se está doente é bem atendido em qualquer lugar. Lá eles te perguntavam se era do FUNRURAL e daí eles nem te olhavam, se ficava doente morria. Aqui pobre é bem atendido". (Pedro, 68 anos)**

Neste sentido, a percepção deste tempo passado como um tempo em que as pessoas tinham mais saúde em oposição ao tempo presente no qual predomina a doença, apesar de ser uma representação bastante comum entre os moradores da Vila, não é absoluta, variando conforme a trajetória social e sendo atualizada em relação a percepção da posição atual.

A saúde também aparêce associada a percepção de determinadas fases da vida da pessoa. Esta representação é de certa forma um desdobramento da anterior, que relaciona a saúde com um determinado tempo social e onde a pessoa com mais idade, por ter vivido neste tempo - *pessoa antiga* - é percebida como tendo mais saúde que as pessoas com menos idade. Mas há outras formas de apresentar esta relação entre a saúde e a fase da vida. Entre estas está aquela que percebe uma determinada fase - a "juventude" - como sendo um tempo de excessos, no qual não há limites e por isto, ao mesmo tempo que representa a *força*, a *disposição*, representa também uma espécie de "abertura" para a entrada de doenças. Este é o caso, por exemplo, da representação que faz um informante ao avaliar sua "juventude" a partir de sua condição atual. João conta que quando *jovem* bebia muito, passava as noites *fazendo festa, não se cuidava* e agora lamenta tudo isto pois tem um *problema de pulmão* e conclui: "quando a gente é jovem acha que nada vai fazer mal, por isto faz de tudo e até abusa. Mas quando a gente fica velho que a gente nota como deveria ter se cuidado melhor". Assim o *jovem* é alguém que tem saúde, mas que devido as características atribuídas a esta fase, onde predomina a noção de excesso - *abuso* - que traz como consequência a doença em

outra fase da vida, a velhice<sup>38</sup>. Assim, se por um lado, a *pessoa antiga* poderia ser considerada com mais resistente a doença, por outro lado, os excessos cometidos numa determinada fase da vida - a "juventude" - incidem sobre sua resistência e a predispõe a doença.

A noção de saúde também aparece vinculada a representação que os moradores da Vila fazem da infância<sup>39</sup>. O primeiro ano de vida das crianças é apresentado, em geral, como uma fase na qual a saúde ainda não se manifestou completamente e portanto uma fase onde as doenças são "naturais". Este tempo é percebido como sendo aquele que exige cuidados especiais por parte das mães às crianças, sendo comum as mães afirmarem que *passaram muito trabalho* neste período<sup>40</sup>. Mas, se por um lado, é um tempo sujeito a doenças, a passagem deste representa a vitória da saúde, ou seja, se as crianças resistirem bem a este primeiro ano de vida no restante da infância possivelmente terão bastante saúde. Como expressa a fala de uma mãe: "no primeiro ano todos deram muito trabalho, eram muito doentes. Mas depois disto foram se criando sozinhos e estão aí, fortes". A saúde da criança é, neste sentido, dependente dos cuidados dispensados no primeiro ano de vida, é neste período que ela realmente "depende" da mãe uma vez que depois se *criam sozinhos*. É interessante estabelecer aqui uma relação com o que foi dito antes a respeito das doenças infantis que colocavam a posição da mulher enquanto mãe em questão. Quando referidas a saúde das crianças estas mesmas doenças, ou melhor, o passar por estas doenças, vem a valorizar esta

---

38 Herzlich chama a atenção para a relação entre as noções de saúde e de excesso, onde este último funciona como uma "prova" da presença da saúde. "(...)o verdadeiro sentido da saúde se descobre na possibilidade de excesso, de ultrapassar as normas habituais ou na instauração de novas" (Herzlich, 1975:88).

39 Para uma análise do quanto a percepção deste fase da vida é fluida e variável de acordo com a época e com as classes sociais, ver entre outros, Ariés, 1986.

40 Pelo que o material etnográfico deste trabalho indica, a criança, quando começa a caminhar, por volta do um ano de idade, muda de status, e neste sentido, a relação da mãe com a criança também se altera. Sobre a concepção da infância e os cuidados dispendidos a esta fase nas classes populares ver Victora, 1991.

posição da mulher, pois esta será considerada uma *boa mãe* na medida em que seus filhos ultrapassarem o primeiro ano de vida e *se criarem sozinhos*.

Destaca-se aqui que esta percepção da saúde como estando relacionada ao primeiro ano de vida da criança e de sua dependência dos cuidados da mãe, aparece sempre vinculada a doença e muitas vezes ao estado extremo desta, isto é, a morte. É muito frequente as mães, ao falarem da saúde dos filhos, apresentarem o diagnóstico médico de *desenganado* como "prova" da vitória da saúde sobre as doenças da criança e, simultaneamente, da eficácia de seus cuidados, que é também o reconhecimento da sua posição social de mãe<sup>41</sup>. A criança ser *desenganada* pelo médico, não significa que esta não tenha saúde, mas que exige cuidados especiais durante um certo período, o que possibilitará que a saúde se manifeste. E, de forma geral, as crianças que, apesar de terem sido *desenganadas*, conseguiram *se criar* são consideradas como tendo mais saúde, como mais resistentes. É como se todas estas doenças dos primeiros anos de vida trabalhassem no sentido de fortalecer a saúde e fossem a "prova" da existência real desta.

Esta representação da relação entre a saúde e a infância se aproxima bastante da concepção da existência de um "fond de santé", salientada por Herzlich (1975), na qual a saúde é uma qualidade de resistência inata ao indivíduo, mas que cada um o possui em diferentes graus e que está sujeita a variações conforme o modo de vida. Neste sentido, o primeiro ano de vida é o período dedicado a manifestação deste "fond de santé" individual mas, ao mesmo tempo, é também o período de constituição deste, ou melhor, de seu fortalecimento através de um lado, dos cuidados dispendidos e de outro das "provas" a que está sujeito<sup>42</sup>. É assim que as crianças que, no decorrer da infância continuam a ter muitas doenças, são consideradas como "naturalmente" doentes, ou seja, a não saúde passa ser percebida com "natural" na medida em que é uma característica da própria pessoa.

---

41 Tratarei nos capítulos III e IV da questão do tipo de recurso de cura buscado nos casos em que a criança é *desenganada*, bem como das interpretações do discurso e das tomadas de posição dos médicos a este respeito.

42 A respeito da importância atribuída à infância numa percepção da saúde enquanto um instrumento, na medida em que este período é representado como responsável pelo desenvolvimento da corpo ver Pierret, 1984. Sobre a apropriação da infância pela discurso médico ver, Costa, 1979 e Donzelot, 1980.

Como ilustra a expressão bastante comum entre os moradores da Vila *ele sempre foi doente*.

Por fim, e ainda como parte desta representação da saúde como estando relacionada a determinadas fases da vida e a um certo tempo social, há a representação da saúde como vinculada a condição de gênero. Neste sentido as mulheres são percebidas como tendo mais saúde do que os homens. São elas que apresentam uma maior capacidade de resistência a doença e sobretudo a dor, como demonstra o depoimento de uma informante:

**"Eu dificilmente fico doente, quase nunca vou ao médico, a não ser quando estou grávida. Já o meu marido por qualquer coisinha fica doente e já está na cama. Eu não, mesmo se estou com alguma dor continuo a trabalhar"** (Vera, 32 anos)

Como indica o relato acima, o homem é percebido pelas mulheres como mais sensível a doença e a dor, em oposição a elas que se percebem como mais resistentes<sup>43</sup>. Esta resistência da mulher, principalmente no que diz respeito a dor, parece estar relacionada com o *parir*, com o *ganhar filho*. Este momento é percebido como um momento de dor intensa mas que as mulheres, pela sua própria

---

43 Loyola (1985) também chama a atenção a respeito da insistência das mulheres sobre sua capacidade de resistência física.

condição, são obrigadas a enfrentar. É também esta condição que as faz "naturalmente" mais fortes e resistentes<sup>44</sup>.

Esta percepção das mulheres como tendo mais saúde e capacidade de resistência do que os homens não significa que estas não fiquem doentes e não busquem os recursos da medicina oficial<sup>45</sup>. Pelo contrário, é justamente esta condição de mulher que as motiva muitas vezes, como nos casos de *gravidez*, a procurar estes recursos. Entretanto, é importante salientar que a *gravidez* não é percebida enquanto uma doença, mas é percebida como uma manifestação da saúde. E neste sentido, existem outras motivações para que este estado exija a procura dos recursos da medicina oficial<sup>46</sup>. Além disto, esta percepção da saúde da mulher deve ser considerada em relação a quem ela está se referindo, isto é, em relação ao homem - ao *marido* - e desta forma ela não pode ser generalizada para outros domínios das relações sociais. Em outras palavras, a mulher está se definindo como *mais forte* ou *resistente* em relação à percepção que tem do homem como *mais fraco* para as doenças.

---

44 Creio também que a noção da saúde como estando vinculada a mulher está também relacionada a representação de fertilidade, ou seja, a capacidade atribuída à mulher de gerar um filho. Para uma análise da representação da fertilidade entre as mulheres de classes populares ver Victora, 1991.

45 O discurso de que são as mulheres as que mais procuram os recursos da medicina oficial, sobretudo os de caráter público, é bastante comum entre os profissionais da saúde e as políticas públicas. A questão que se coloca aqui é em relação a que isto está sendo referido, uma vez que as próprias mulheres se percebem como tendo mais saúde ou como sendo mais resistentes do que os homens. Neste sentido é importante destacar que também são as mulheres as responsáveis pela saúde dos filhos, sendo que muitas vezes as frequentes consultas atribuídas as mulheres não são propriamente em relação a sua saúde, mas a dos filhos ou outras pessoas que estão sob seus cuidados, como por exemplo, os pais ou irmãos mais novos. Além disto, muitas das consultas femininas não se dão especificamente em função de doenças, mas de sua condição de gestante e acompanhamento "pré-natal". A respeito da grande procura dos serviços de saúde pelas mulheres ver Mattos, 1990.

46 Entre estes motivos encontram-se os programas desenvolvidos pelas políticas públicas e pelo Posto de Saúde da Vila Floresta em torno da "gestação" e do "acompanhamento pré-natal", bem como as campanhas de planejamento familiar.

### CAPÍTULO III

#### EM BUSCA DA CURA: DE CASA À MEDICINA OFICIAL

Da mesma forma que existe entre os moradores da Vila Dique um conjunto de representações ligadas ao corpo, à saúde e à doença, existe também uma série de práticas que, orientadas por estas representações, determinam o que fazer em caso de doença. Assim ao se perceberem doentes, as pessoas acionam diferentes recursos de cura. Estes recursos vão desde as relações sociais mais próximas até a procura de especialistas. Mas é em função da classificação que um determinado grupo atribui à doença e de uma determinada "lógica circunstancial" que se vai optar por este ou aquele recursos de cura. Por um lado, é o "tipo" da doença e o grau de gravidade desta e por outro, as experiências compartilhadas a respeito de um dado recurso somadas com a experiência desta doença específica, em contraste com experiências anteriores, que vão orientar a trajetória dos agentes em busca da cura<sup>1</sup>.

Esta lógica, que faz uma espécie de balanço entre as experiências anteriores - tanto individuais como também aquelas compartilhadas pelas relações

---

1 Duarte também chama a atenção para a importância do "prisma de situação" para a "construção diferencial da pessoa" entre as classes trabalhadoras urbanas. Como afirma o autor: "A idéia central da associação entre a interqualificação dos sujeitos e a situação/segmentariedade é a de que as identidades decorrentes do primeiro termo não são fixas mas dependem das propriedades formas do segundo termo, ou seja, deslocam-se segundo o "contexto" ou "situação" e segundo a "posição" num segmento social(...)" (Duarte, 1986:197).

mais próximas (que é na verdade uma forma de compartilhar a percepção de uma dada posição social) - e as experiências vividas em função de um acontecimento específico, a que chamo de lógica circunstancial, parece dar a última palavra em relação ao que recorrer no momento considerado. É neste sentido que, apesar de existir uma classificação apriori, que relaciona determinadas doenças a certos recursos de cura, ela se apresenta nas situações cotidianas bastante flexível, uma vez que deve ser contextualizada pelo doente para esta situação, isto é, deve ser atualizada em conformidade com o modo que se apresenta para o indivíduo doente.

Esta lógica circunstancial que atualiza a doença do indivíduo se dá em função de diferentes níveis de percepção da sua situação de doente. Primeiro, da percepção que o indivíduo tem de sua doença atual, que se dá sempre em relação a suas experiências anteriores com este estado. Num segundo nível, depende do tipo de relação que mantém com os diferentes recursos de cura e seus representantes, tais como as instituições religiosas, médicas e as políticas sociais. E, por fim, da posição que ocupa nos diferentes níveis de relações sociais, que vão desde as relações familiares até aquelas mantidas com a sociedade em geral, tais como as relações com o mercado de trabalho.

De uma forma bastante ampla, esta seleção dos recursos de cura que, atualiza-se conforme esta lógica circunstancial, se apresenta balizada por um lado, por uma classificação que o grupo tem das doenças conforme sua gravidade e por outro, pelos recursos disponíveis. As doenças são percebidas a partir da oposição básica entre *doenças simples* ou *leves* e *doenças graves* ou *sérias*. Entre estes dois extremos existem variações possíveis, sendo que uma *doença simples* pode se transformar em uma *doença grave* da mesma forma que uma *doença* percebida como *grave* num primeiro momento, pode passar a ser vista como sendo uma coisa mais *simples*. Mas de qualquer forma é esta classificação entre *grave* e *simples* que vai orientar tanto o tipo de recurso procurar, como quando o fazer ou mesmo o que buscar dentro deste recurso.

Já os recursos de cura acionados pelos moradores da Vila Dique podem ser divididos em três tipos fundamentais: o recurso à medicina oficial, o recurso à medicina familiar e o recursos a outros especialistas de cura, especificamente as benzedeiras e os especialistas religiosos. Mas a trajetória em

busca destes recursos apresenta-se de diferentes formas e investe diferentes significações e é, neste ponto específico, que a lógica circunstancial se manifesta de forma explícita. Desse modo, conforme a situação, pode-se por exemplo, recorrer em um primeiro momento aos recursos da medicina familiar para depois procurar os recursos da medicina oficial; ou pode-se ir desta prática familiar para um outro especialista, tal como o benzedor ou o pai-de-santo; ou ainda, conforme o caso, ir do médico para os recursos de cura religioso ou vice-versa.

É importante salientar que embora estes recursos não esgotem todas as possibilidades existentes de procura de cura, são aqueles que se apresentam como possíveis para esta população. Isto tanto em termos concretos de sua existência como também em termos das possibilidades colocadas pelas suas próprias representações, ou seja, como possíveis de serem ao mesmo tempo pensados e acionados. A opção por determinados recursos de cura traduz, simultaneamente, uma condição social e um habitus resultante desta condição que, como salienta Bourdieu (1979), produz escolhas "adequadas" com esta posição.

A familiaridade destas pessoas com a doença - seja por esta ser recorrente entre os moradores da Vila e permear sua vida cotidiana, seja pelos significados a ela atribuídos - confere à procura da cura um caráter específico. A mobilização dos recursos de cura, e sobretudo de alguns especialmente, como por exemplo aqueles da medicina familiar, também adquire um caráter familiar. Familiar nas duas acepções do termo, isto é, no sentido de conhecido, comum e no sentido de proximidade, de envolver relações e sentimentos comuns a um determinado grupo social.

Neste capítulo abordo o uso dos recursos da medicina familiar e área de competência atribuída a esta e, num segundo momento, trato da procura dos recursos da medicina oficial, bem como os diversos elementos envolvidos nesta relação entre a população da Vila e os profissionais da saúde. Reservo para o próximo capítulo, a análise da procura de diferentes especialistas de cura, tais como os benzedores ou especialistas religiosos.

### 1. A Medicina Familiar: *Primeiro eu trato em casa*

Os primeiros sinais da doença são, na maioria das vezes, "atacados" com os recursos que se encontram mais acessíveis no momento, ou seja, os recursos do que pode ser chamado medicina familiar<sup>2</sup>. Esta consiste num conjunto de conhecimentos e receituários comprovados pela experiência de algum membro da família (ou de um *conhecido*) que é acionada em caso de situações similares as já experimentadas. Segundo Loyola, "o conhecimento médico familiar resulta, assim, de uma experiência prática na qual se associam inseparavelmente, receitas de comadres, remédios caseiros, conselhos de vizinhos, diagnósticos e medicamentos dos especialistas" (Loyola, 1984:125-26). Os recursos que a medicina familiar dispõe consistem basicamente num repertório de chás, remédios caseiros e alopáticos, conselhos e práticas terapêuticas que são associados a determinados sintomas ou doenças<sup>3</sup>.

Ao se perceberem doentes, os moradores da Vila recorrem primeiramente a este repertório da medicina familiar. Isto por duas razões, primeiro porque é o recurso mais acessível no momento e depois, porque é o tempo necessário para identificar claramente o tipo e a grau de gravidade da doença. É exatamente este espaço de tempo transcorrido entre a percepção dos primeiros sinais da doença e a sua classificação num tipo e numa gravidade, que vai determinar quais as providências a serem tomadas em relação a doença, isto é, que recursos de cura procurar<sup>4</sup>.

---

2 Para uma análise da relação que esta medicina familiar de hoje mantém com a antiga medicina científica ver Boltanski, 1984. A respeito do uso do "modelo homeopático" pela medicina popular ver Laplantine, 1986.

3 A medicina familiar distingue-se do que tradicionalmente é chamado de medicina popular no sentido de que abarca também elementos da atual medicina oficial, tais como os remédios alopáticos. Além disto o termo medicina popular tem sido usado por pesquisas que tem como principal objetivo reconhecer receitas, plantas e terapêuticas deste conhecimento popular e analisar sua eficácia "cientificamente". Para um exemplo deste tipo de estudo ver Camargo e Mariante, 1984.

4 Loux salienta que na representação popular da doença deve-se esperar para que a "crise" se manifeste e não ser contida previamente, pois corre-se o risco da doença "recolher", isto é, permanecer latente no indivíduo sem ser curada. Ver Loux, 1990.

Mas ao mesmo tempo que a medicina familiar representa este tempo de indefinição das doenças, ela tem também uma área específica de atuação, que se segue a este momento inicial. Existe assim, uma série de doenças que são percebidas como sendo da competência da medicina familiar. Estas são, em geral, aquelas doenças mais comuns, ou seja, com as quais a população da Vila convive cotidianamente, tais como a *gripe* e a *diarréia*, percebidas como *coisas simples* em oposição as *doenças graves*, cuja competência para a cura é atribuída à medicina oficial. Nas palavras de uma informante:

"Quando é uma **coisa simples**, uma diarréia, uma gripe...eu trato em casa. **A gente sabe o que tem que fazer**, né. Quando é diarréia eu dou Imosec, soro caseiro. Pra gripe não tem coisa melhor que um chá de alho. Eu não posso ficar perdendo um dia de trabalho para levar as crianças no médico por essas **coisinhas simples**." (Sara, 40 anos)

As *coisas simples* são as doenças percebidas como sendo tratáveis pela medicina familiar, como possíveis de serem associadas a alguns medicamentos que este conhecimento familiar domina. As pessoas procuram identificar dessa forma, alguns sintomas e/ou doenças com um determinado remédio, chá ou terapêutica, como por exemplo, a *diarréia* ao uso de *Imosec* e *soro caseiro*, a *gripe* ao *chá de alho* ou a *aspirina*, a *tosse* ao *chá de guaco* ou *poejo* e assim por diante.

Como já salientei, este conhecimento que a medicina familiar dispõe provém de um acúmulo de experiências comuns a uma determinada rede de relações, que pode envolver desde as relações de parentesco até as relações de vizinhança. Existem na Vila algumas pessoas que são consideradas como especialistas, no sentido que detém um conhecimento diferente da maior parte das pessoas, a respeito de alguns destes procedimentos de cura. Estes especialistas são de dois tipos, são em geral aquelas pessoas de mais idade e de origem rural - que detém um maior conhecimento sobretudo de chás e remédios caseiros - e ainda aquelas que mantêm uma relação mais próxima com a medicina oficial, seja por *consultarem* com maior frequência o médico (em geral as mulheres com muitos filhos) ou mesmo por lidarem com os códigos da cultura dominante com maior desenvoltura (lerem livros e revista sobre o assunto, dominarem melhor o discurso médico). Mas este conhecimento, ao contrário do que ocorre com o conhecimento

médico, não fica restrito aos especialistas, ele é compartilhado na vivência cotidiana. A troca de receitas de remédios para certas doenças é uma prática muito comum entre os moradores da Vila, bem como o é as consultas informais a estes especialistas da medicina familiar.

A conversa que presenciei entre duas informantes ilustra esta circulação de conhecimentos. Antônia foi nos mostrar os fundos de sua casa onde planta algumas *ervas de chá*, também denominadas de *remédios*, e ao mesmo tempo que falava de uma destas plantas nos indicava a doença para qual ela *é boa*. Claudete, que me acompanhava a esta visita, complementava suas indicações:

A. \_ Com estas chuvas fiquei até com medo que a água levasse meus remédios. Tenho plantado ali várias ervas de chás. Tem poejo, malva, cânfor...

C. \_ A malva cheirosa é muito boa para câncer. Tem até aquela mulher que mora lá embaixo que estava muito ruim de câncer e que melhorou só tomando malva cheirosa. A malva cheirosa é boa para toda infecção, né.

A. \_ O poejo também é muito bom. Pra gripe e pra tosse não tem coisa melhor. Até estes dias veio uma mulher me pedir uma erva boa para a tosse do guri, ela levou um pouco de poejo. O cânfor é para dor. Eu tinha aqui até um pé de guaco que trouxe muda lá do interior, mas morreu. O guaco também é um remédio muito bom.

É a partir desta lógica de circulação e atualização dos conhecimentos, que a medicina familiar absorve informações de diferentes fontes que são incorporadas a suas práticas por esta troca de informações. E, como não há dentro desta medicina um monopólio do conhecimento por um único especialista, todo mundo está autorizado a "receitar" ou, ao menos, a transmitir seu conhecimento a respeito de determinada doença, ainda que as indicações dadas por aqueles tomados como especialistas sejam as mais valorizadas. Um caso ocorrido durante o trabalho de campo ilustra de forma significativa esta dinâmica da medicina familiar. Caminhávamos pela Vila, eu e uma informante, quando esta última encontrou uma amiga. A amiga se queixava de um *problema* que tinha na perna. Minha informante, imediatamente, lhe passou uma receita para *problema de varizes* que ouviu no rádio. Fez, entretanto, a ressalva de que *ainda não havia experimentado*, mas conclui que: "não custa tentar". Nestes sentidos, a medicina familiar admite esta circulação de conhecimentos também porque seus

procedimentos são considerados como não tendo efeitos prejudiciais, ou seja, como *não fazendo mal*.

Alguns procedimentos e recursos da medicina familiar, apesar de serem ainda utilizados pelos moradores da Vila, são identificados por eles com um tempo passado e com um outro espaço social, o *interior*. Isto contudo, não significa que estes recursos sejam considerados arcaicos ou ultrapassados, mas que por estarem deslocados de seu espaço e tempo originais, apresentam algumas dificuldades para a sua utilização. A principal dificuldade mencionada se refere a obtenção de algumas das *ervas de chás e plantas* prescritas por esta medicina. As *ervas* mais comuns - tais como o *poejo*, a *malva*, a *marcela*, a *cidreira* - não apresentam problemas na sua obtenção pois fazem parte em geral dos "jardins" das próprias casas da Vila. Entretanto, existem algumas *ervas* fundamentais para determinados casos que não são encontradas facilmente. E neste sentido, os moradores da Vila frequentemente suspeitam a respeito das *ervas de chá* encontradas em vendedores ambulantes. O depoimento abaixo evidencia esta percepção:

"Eu estava acostumada a tratar o meu problema de rins com ervas, era um remédio com ervas de chá que minha avó fazia. Ela trabalhava só com ervas. (...) Eu até sei como fazer o remédio, mas o problema é que eu não encontro as ervas que é preciso aqui. Tem estes que vendem ervas de chá ali na frente do hospital, mas eu não sei não... Aquele remédio era bom mesmo. Agora estou tomando ampicilina [um antibiótico], mas a ampicilina não resolve o problema, só melhora um pouco. Aquele remédio matava mesmo." (Carla, 30 anos)

Como pode-se ver pelo depoimento acima, que não se trata de desconsiderar a medicina familiar por esta ser uma prática relacionada a um tempo passado, mas de ver que sua prática hoje apresenta alguns obstáculos. Assim, mesmo demonstrando a preferência pelos *remédios de ervas*, a informante recorre aos recursos da medicina oficial, a um antibiótico - *ampicilina* - em razão das dificuldades encontradas para a prática da medicina familiar.

Mas se por um lado, a medicina familiar apresenta no espaço da cidade dificuldades no exercício de alguns recursos, sobretudo aqueles relacionados as *ervas de chás* e aos *remédios caseiros*, por um outro lado é

justamente neste espaço que ela adquire um novo repertório, referido a própria medicina oficial<sup>5</sup>. Este novo repertório constitui-se principalmente de alguns remédios mais conhecidos - tais como *Aspirina*, *ASS*, *Dipirona*, *Imosec* - receitados pelo médico ou por um farmacêutico a uma determinada pessoa e que foram incorporados as práticas terapêuticas familiares. Alguns remédios, os que são considerados como *bons*, são usados para diferentes doenças, ou seja, um remédio é considerado *bom* quando ele serve para várias doenças e *funciona* para diferentes pessoas. Assim, apesar de alguns recursos da medicina familiar estarem sendo colocados em desuso, ela permanece ainda, associada a este novo repertório, constituindo-se no primeiro recurso de cura para os moradores da Vila Dique.

Ao mesmo tempo que há a percepção de que certas doenças são de competência da medicina familiar, há também a noção de que, a partir de um determinado estado de gravidade da doença, esta deve passar a ser delegada à medicina oficial. Uma *doença grave* pode ser tanto aquelas doenças percebidas a princípio como tal - como por exemplo a *tuberculose*, a *pneumonia* ou a *bronquite* - como aquelas que evoluíram para este estado e que portanto, ao deixarem de serem *coisa simples*, deixam também de ser da competência da medicina familiar. Como salienta Boltanski, "tudo se passa efetivamente como se, longe de se entregar a fantasias e a loucas improvisações, a medicina familiar se contivesse, de certa maneira por si própria, no interior de fronteiras estritamente delimitadas e obedecesse a normas que definiram tanto os limites de seu campo de aplicação quanto os meios terapêuticos que ela tem o direito de empregar" (Boltanski, 1984:17). No caso da Vila Dique este limite da prática das terapêuticas familiares é bem marcado, devido sobretudo a estreita relação que os moradores mantêm com a medicina oficial.

É neste sentido que grande parte dos entrevistados, ao falarem de suas práticas terapêuticas familiares, procuram justificá-las pela impossibilidade de recorrer ao recurso oficial no momento. Como ilustra o caso de João:

---

5 A respeito da incorporação pela medicina tradicional de elementos da medicina oficial ver Leal, 1989, especialmente capítulo IV.

"Estes dias me atacou de novo os pulmões, fiquei com uma tosse que a senhora nem imagina. Eu ia lá no Posto para consultar com o doutor.C. Mas daí, me disseram que ele não estava atendendo, estava de férias" (João, 75 anos).

Assim, mesmo reconhecendo a eficácia de sua terapêutica familiar, João explica a preferência pelo uso deste recurso em virtude de um impedimento circunstancial do recurso à medicina oficial.

## **2. A Procura da Medicina Oficial**

A procura da medicina oficial enquanto recurso de cura é uma prática bastante frequente entre os moradores da Vila, apesar de não ser, em geral, o primeiro recurso acionado. É preciso neste sentido, explicitar as condições sociais nas quais esta procura se produz. Em primeiro lugar, é importante ter claro como se apresenta de forma concreta este recurso para os moradores, ou seja, quais as possibilidades reais de acesso a este recurso.

A Vila Dique não possui atualmente em sua área geográfica nenhum estabelecimento de saúde que preste os serviços oferecidos pela medicina oficial. Este recurso deve ser procurado pelos moradores da Vila ou nos bairros vizinhos ou no centro da cidade. Mas, como já foi salientado no capítulo inicial, ainda que a própria Vila não tenha um Posto de Saúde, esta se localiza numa zona da cidade bastante favorecida por serviços de saúde representantes da medicina oficial, o que facilita de certa forma, o acesso da população a estes serviços.

São sobretudo dois os estabelecimentos de saúde procurados de forma preferencial pelos moradores da Vila: o Posto de Saúde localizado na Vila Floresta e o Hospital Conceição, localizado também em um bairro vizinho. Entretanto, há ainda por vezes o recurso a um outro hospital próximo a Vila (Hospital Cristo Redentor) e a uma instituição de saúde situada no centro da cidade, a Santa Casa. Todos estes estabelecimentos são públicos e prestam atendimento gratuito aos que os procuram. Sendo que o paciente deve se submeter as condições deste tipo de serviço que implicam muitas vezes em horas de espera para atendimento, em marcação de consultas e exames para datas longínquas e em filas para a obtenção de fixas. O Posto de Saúde da Vila Floresta se diferencia destes

outros serviços pelo tipo de atendimento que se propõe a fazer e por algumas "facilidades" que apresenta para os moradores da Vila Dique. Por ser um Posto de Saúde Comunitária este estabelecimento presta um tipo de atendimento diferente daquele prestado pela maior parte das instituições de saúde pública, sendo que uma destas diferenças é o fato de trabalhar com uma área geográfica definida, na qual se inclui, no caso, a Vila Dique<sup>6</sup>.

### 2.1. Quando e Por Que ir ao Médico

Frente a estas possibilidades concretas em que se apresenta o recurso a medicina oficial como uma opção de cura para os moradores da Vila se colocam ainda outras condições como determinantes para que este recurso seja acionado ou ainda que orientam pelo que optar dentro destas possibilidades. Dito de outra forma, não basta a simples possibilidade de acesso aos recursos da medicina oficial para que as pessoas decidam acioná-lo enquanto recurso de cura, existem fatores que definem em que condições tomar tal iniciativa e o que selecionar dentro destes recursos.

Em relação à doença, existem alguns sinais que são percebidos como indicativos da "necessidade" do recurso à medicina oficial. Estes sinais estabelecem uma fronteira entre o uso da medicina familiar e a procura da medicina oficial e, por esta razão são expressos sempre em relação ao primeiro recurso de cura. É assim que quando questionados em que momento recorrem a medicina oficial, os moradores da Vila se referem a este como o momento em que percebem como esgotado os recursos da medicina familiar. O depoimento de uma entrevistada ilustra esta percepção:

"Eu só levo as crianças ao médico quando tiver uma coisa que não dá para tratar em casa. Quando eu vejo que não está resolvendo e quando tem muita febre aí eu levo no doutor".  
(Sônia, 37 anos)

---

<sup>6</sup> Analisarei mais profundamente a questão do atendimento prestado pelo Posto de Saúde da Vila Floresta bem como da proposta de trabalho dos profissionais da saúde relacionados a ele nos capítulos V e VI.

Assim é quando os recursos da medicina familiar são vistos como esgotados ou sem eficácia - *não está resolvendo* - que a medicina oficial passa a ser pensada como recurso para uma situação específica de doença. A medicina oficial é percebida como um recurso secundário, no sentido de não ser o primeiro acionado, e destinado a doenças específicas, ou seja, aquelas coisas que não dá para tratar em casa. Neste sentido existem também alguns sinais que indicam as doenças que competem a este recurso, como a febre e a resistência da doença ao tratamento caseiro.

As doenças pelas quais se recorre a medicina oficial são em geral aquelas consideradas como *graves* e que por isto fogem ao domínio das práticas e conhecimentos da medicina familiar, como expressa uma informante:

**"Eu não vou ao médico por qualquer coisinha. Primeiro eu trato em casa (...) Mas quando eu vejo que é uma coisa grave, que não dá, aí eu pulo e vou para o médico".** (Joana, 35 anos)

O ir ao médico é visto como uma solução para os limites apresentados pela medicina familiar mas que, ao mesmo tempo, dá conta de uma outra área que não é da sua competência, aquela das *coisas graves*<sup>7</sup>. E neste sentido, os moradores da Vila insistem em salientar que só acionam realmente este recurso quando percebem a doença ou as condições em que esta se apresenta como sendo *grave*. Não se recorre assim a medicina oficial *por qualquer coisinha*, mas apenas para aquelas coisas que são atribuídas a sua competência<sup>8</sup>. Assim, ao exigir o recurso à medicina oficial, a *coisinha* se torna uma *coisa grave*.

---

7 Loyola (1984) também enfatiza que as mães recorrem ao tratamento médico quando consideram determinadas doenças ou sintomas como *graves*.

8 Isto vai de encontro com o discurso médico dominante que enfatiza que os membros das classes populares recorrem aos serviços de saúde oficiais sem que haja razões para tal. Embora alguns dados das instituições oficiais apontem para a grande procura dos serviços de saúde públicos de forma não correta, na percepção da população da Vila Dique eles só recorrem a estes serviços quando consideram necessário. Isto nos aponta para a percepção diferenciada dos profissionais e dos membros das classes populares a respeito da percepção do uso dos recursos da medicina oficial. Abordarei esta questão no caso deste estudo nos capítulos V e VI. Ver também a este respeito Mattos, 1990.

## 2.2. Onde ir: no *Postinho* ou no *Hospital*?

Se por um lado a oposição entre as categorias *simples* e *grave* indica quais as doenças ou qual o momento de recorrer a medicina oficial, por outro, os diferentes tipos de serviços de saúde oferecidos por este recurso são percebidos a partir destas mesmas categorias. É assim que, por analogia a classificação entre as doenças em *simples* e *graves* e em função desta, que os vários tipos de serviços são também classificados. E é esta percepção que orienta a procura deste ou daquele recurso da medicina oficial pelos moradores da Vila.

Neste sentido a opção entre procurar o Posto de Saúde da Vila Floresta ou os hospitais mais próximos (sobretudo o Hospital Conceição) é motivada em primeiro lugar, pela percepção que os moradores têm destes estabelecimentos, e em segundo lugar, pela percepção da gravidade da doença. Assim estes estabelecimentos são considerados em uma hierarquia de importância, a qual a hierarquia das doenças, pelo critério de gravidade, é submetida. As doenças mais *graves* são aquelas pelas quais se procura o estabelecimento classificado como hierarquicamente superior, enquanto que para as doenças *simples* são destinados os estabelecimentos que ocupam um lugar inferior nesta classificação.

Na representação dos moradores da Vila Dique o *Hospital* aparece como o estabelecimento situado no ponto superior desta hierarquia. É para ele que se dirigem as pessoas quando percebem a doença como *grave*, como exigindo cuidados ou providências especiais, tais como *exames* ou *baixa* hospitalar (não se vai apenas ao hospital para *baixar*, mas sobretudo para *consultar*). Já o Posto de Saúde é considerado em relação ao *Hospital* como tendo menos importância, como menor - não apenas em tamanho mas também em termos de competência - tanto que ao se referirem ao Posto as pessoas em geral o chamam de *Postinho*. Assim o *Postinho* é procurado para aquelas doenças que, apesar de exigirem o recurso a medicina oficial, são consideradas como sendo menos *graves*, mais comuns ou que não requerem um tratamento tão especializado. O relato de uma informante transcrito abaixo explicita esta percepção:

"As gurias se é uma febre, **uma coisa simples eu levo ali em cima no Postinho**. Agora, se é uma dor de garganta ou outra **doença grave eu levo lá no Conceição [Hospital] direto, sem chegar ali**. Lá no Conceição é bom porque tu já chega lá, só faz

a ficha, tem que esperar um pouquinho mas não demora. Tem que ir vem cedo se tu quiser sair cedo. Daí eles te atendem, te dão remédio, se for para dar uma injeção eles dão ali mesmo. **O Postinho é só para um coisa leve, se é uma doença grave eles te mandam lá para o Conceição**". (Júlia, 22 anos)

Como fica evidente neste relato, há uma classificação tanto das doenças como dos estabelecimentos que orienta a busca dos recursos da medicina oficial. O *Hospital* é percebido como incorporando a totalidade destes recursos pelo fato de oferecer concretamente maior quantidade deles aos pacientes que o procuram - como *dar remédios, injeção* ou *fazer exames* - enquanto que o *Postinho* representa apenas uma parte destes recursos que, nesta perspectiva em geral, se resume na consulta médica<sup>9</sup>. E neste sentido, é que *vale a pena* ir ao *hospital*, mesmo que se tenha que chegar cedo e esperar.

A área de competência dos tipos de estabelecimentos de saúde é delimitada pelas mesmas noções que definem a área de atuação da medicina familiar e a da medicina oficial - *coisa leve* e *doença grave*. O *Postinho* está para o *Hospital* da mesma forma que a medicina familiar está para a medicina oficial. Neste sentido, apesar das doenças que motivam a procura do *Postinho* exigirem na perspectiva dos moradores o recurso a medicina oficial, elas estão mais próximas daquelas de competência da medicina familiar do que as doenças que levam as pessoas a procurarem o *Hospital*. São por isto consideradas *coisa leve* em relação as *doenças graves* que requerem o recurso ao *Hospital*.

Mas este depoimento evidencia ainda um outro aspecto importante nesta opção pelos diferentes recursos oferecidos pela medicina oficial, que está relacionado com o domínio que as pessoas dispõem das burocracias e normas de funcionamento destes mesmo recursos. É assim que ao falar dos critérios que utiliza para selecionar a que estabelecimento recorrer, a entrevistada dá, simultaneamente, seus critérios pessoais e os critérios e condições estabelecidos pelas próprias instituições. Todos moradores da Vila sabem perfeitamente bem

---

<sup>9</sup> Esta percepção dos moradores da Vila em relação ao Posto de Saúde da Vila Floresta está também relacionada com a própria proposta de trabalho dos profissionais dali e com sua concepção de "saúde comunitária". Abordarei esta questão nos capítulos V e VI do presente trabalho.

que não basta chegar ao *Hospital* e dizer que se tem uma *doença grave*, mas é preciso *chegar cedo, fazer a ficha, esperar* para então ser atendido. Sabem também que o próprio Posto de Saúde delimita sua área de competência e que determinados tipos de doenças encaminha para um outro estabelecimento de saúde ou outro especialista. Entretanto, os moradores da Vila percebem estas delimitações a partir das noções que utilizam para classificar as doenças e os limites da medicina familiar - *se é uma doença grave eles [o Posto de Saúde] te mandam lá para o Conceição* - que não correspondem necessariamente às classificações médicas de competência e área de atuação dos diferentes recursos de saúde<sup>10</sup>.

Este domínio que os moradores possuem a respeito das condições e regras estabelecidos pelas próprias instituições tem também uma importância específica na hora de decidir que recurso procurar<sup>11</sup>. Assim, mesmo que uma doença não seja considerada como *grave* a pessoa pode procurar direto o *Hospital*, visto avaliar que gastará menos *tempo e/ou trabalho* procedendo desta forma. É bastante comum os moradores alegarem que para *consultar* no *Postinho* perdem muito *tempo*, pois é necessário *marcar hora* com antecedência ou que dá mais *trabalho*, no sentido de esforço - pois vão em geral a pé, sendo que as mulheres têm que levar consigo os filhos, ao menos os menores - pois "se precisa de um remédio tem que ir no Conceição igual". O *tempo* aqui não é percebido como quantidade de horas gastas mas pelo esforço despendido - *dar mais trabalho* - no deslocamento

---

10 Este é também um motivo de conflito entre os profissionais da saúde e os representantes das políticas públicas que defendem uma concepção de "medicina social e preventiva" e os pacientes das classes populares. Pois enquanto que os primeiros em geral, criticam a grande demanda destes pacientes dos serviços hospitalares em restrição do atendimento "básico de saúde" oferecidos pelos Postos de Saúde, os pacientes reclamam do fato dos Postos encaminharem certas doenças para outros estabelecimentos e/ou não disporem de todos os recursos necessários para este atendimento, como remédios, injeções e exames. A este respeito ver capítulos V e VI deste trabalho.

11 É importante salientar que este domínio não se distribui de forma homogênea entre os moradores, mas se dá em diferentes graus. São as mulheres em geral, as que detêm um maior conhecimento a este respeito, visto que são também elas que levam os filhos e outros parentes mais idosos aos estabelecimentos de saúde oficiais. Além das mulheres existem ainda algumas outras pessoas que possuem este domínio, tais como aquelas ligadas mais diretamente as entidades "comunitárias" ou aquelas que possuem uma maior proximidade com estes recursos devido sua trajetória pessoal de doença. Estas pessoas transmitem estes conhecimentos para as demais.

da Vila até o Posto, uma vez que, por exemplo, podem passar mais horas esperando para serem atendidos no Hospital do que levariam para marcar consulta com antecedência no Posto e depois serem atendidos <sup>12</sup>.

Mas há aqui implícito um outro aspecto que se refere à noção de "previsibilidade" das coisas e da própria vida dos moradores da Vila. É difícil encontrar entre estas pessoas, seja pela precariedade das próprias condições de vida material a que estão submetidas, seja pela noção de tempo e espaço que compartilham, uma noção que indique um planejamento da vida ou das atividades cotidianas por um período de tempo percebido como não tão imediato. As coisas e as atividades são pensadas em função de seu caráter imediato e não em função de algo que se "prevê" para um futuro.

Neste sentido a exigência de determinada instituição de uma "previsibilidade", ou seja, de *marcar hora* com antecedência, se coloca como uma "barreira" que dificulta o acesso a este recurso na visão da população da Vila. E no caso do recurso à medicina oficial esta situação aparece de forma mais extremada uma vez que este recurso é acionado somente quando o prazo estabelecido para a eficácia da medicina familiar já se esgotou e a doença ainda se mantém. O caráter de imediatez que se apresenta a própria procura da medicina oficial pelos moradores da Vila dificilmente admite esta "previsibilidade" que exige a instituição, sendo por isto substituída muitas vezes, por um outro recurso <sup>13</sup>.

### 2.3. A Percepção e o Relacionamento com o Médico

A medicina oficial é percebida principalmente através da figura do médico. É o médico quem incorpora além do conhecimento, a legitimidade

---

12 A respeito da concepção de tempo e espaço dos moradores da Vila Dique ver o Capítulo I do presente trabalho.

13 Tratarei no Capítulo V da relação entre esta noção de "previsibilidade" e a noção de "prevenção" envolvida na concepção dos profissionais da saúde e no seu relacionamento com a população da Vila Dique.

atribuída a medicina oficial. Pois apesar de terem suas próprias explicações da doença e de mobilizarem diferentes recursos de cura, a população da Vila não desconsidera a legitimidade do discurso e da prática que a medicina oficial tem sobre a doença, ao menos sobre certas doenças<sup>14</sup>. É nesta perspectiva que os entrevistados quando solicitados a falarem a respeito da medicina oficial sempre se referiam ao médico e as experiências que tiveram com este especialista.

A figura do médico é, em geral, personificada na representação que fazem de um médico específico ou de um número definido de médicos com os quais tiveram um contato mais intenso, seja em decorrência de um tratamento longo, ou de uma doença que marcou significativamente a trajetória da pessoa ou ainda pelo tempo que *consultam* o mesmo especialista<sup>15</sup>. É o *doutor x* ou o *doutory* que servem de exemplo dos médicos em geral. E, no caso um deles não ser avaliado positivamente, não é toda a classe médica que entra em questão, mas apenas um determinado *doutor*. Neste sentido que os entrevistados ao falarem do médico frequentemente o nomeiam e falam de um ou mais médicos pelos quais passaram, lembrando-se inclusive de características específicas de cada um, como por exemplo sua origem étnica, o lugar onde mora ou um modo de ser, como ser *brincalhão*, por exemplo.

O médico é identificado, nas representações dos moradores da Vila, com os "produtos" da medicina oficial, sobretudo com os *remédios*. É ele que tem a legitimidade de *dar remédios*. E sua função é percebida como sendo esta, ou seja, de *dar* determinados *remédios* para certas doenças. Isto fica explícito na fala de uma informante:

"Quando nós viemos para cá, para ir no médico, nós íamos lá no Divino [Posto de Saúde que se localizava próximo a Vila, mas que atualmente está desativado]. Tudo ali, vacinar... Aqueles médicos que tinha ali eles vinha e daí eles ficavam

---

14 Sobre a legitimidade atribuída a medicina oficial pelos membros das classes populares da França e a diferença do uso que estes fazem da medicina familiar e o antigo uso da medicina popular ver Boltanski, 1984.

15 Sobre a legitimidade atribuída a medicina oficial pelos membros das classes populares da França e a diferença do uso que estes fazem da medicina familiar e o antigo uso da medicina popular ver Boltanski, 1984.

**dando remédios dentro do ônibus porque não tinha onde ficar, não tinha casa..." (Eda, 38 anos)**

É esta a conduta esperada do médico e no caso deste não corresponder a esta expectativa, isto é, não *dar* nenhum *remédio*, sua competência é colocada em questão. Os *remédios* e também os *exames* materializam para os pacientes o conhecimento do médico e funcionam como um meio do qual dispõem para avaliar este conhecimento<sup>16</sup>

Mas é também através dos *remédios* que a relação que o médico mantém com o paciente é percebida como variando conforme a classe social deste último. Esta não é uma percepção explícita e absoluta para os moradores da Vila, mas depende da situação, ou seja, da relação estabelecida com o médico e da avaliação deste último<sup>17</sup>. A percepção de um tratamento desigual entre as classes parece ser antes que uma certeza, uma espécie de sentimento que às vezes se confirma e outras não. É neste sentido que os entrevistados fazem questão de enfatizar que gastaram muito dinheiro em determinado *remédio* mas que *valeu a pena pois funcionou*. O alto preço da medicação é uma prova de que o médico não está o tratando conforme sua classe social<sup>18</sup>. O depoimento de uma entrevistada ilustra significativamente esta percepção:

"Sempre estou trocando de doutor, porque me dá raiva quando eu peço um remédio e eles não me dão, sabe. Às vezes assim, por exemplo, estas manchas. Faz anos que eu tenho, em todo o lugar. Eu sempre vou lá e consulto com a doutora D. ela diz

---

16 Tratarei no próximo item deste capítulo dos critérios de avaliação do médico, dentre os quais esta esta prescrição de remédios.

17 Boltanski salienta esta percepção entre os membros das classes populares na França e afirma: "Se os doentes das classes populares são particularmente sensíveis aos "modos" dos médicos (...), talvez seja também porque têm uma aguda consciência da distância social que os separa do médico, e porque estão em situação de saber, ou pelos menos de pressentir, que a relação doente-médico é uma relação de classe e que o médico adota um comportamento diferente conforme a classe social do doente" (Boltanski, 1984:39).

18 Já os médicos, sobretudo aqueles do Posto de Saúde da Vila Floresta, se esforçam no sentido de receitar remédios mais acessíveis para seus pacientes da Vila Dique, supondo que isto venha favorecer o tratamento, o que causa entre estes pacientes uma certa suspeita deste comportamento diferente entre as classes sociais.

que não. Me dá um remédio roxo e diz que com aquilo sara. (...) **O remédio roxo não adianta, aquilo ali é para ferida e isto não é ferida. Isto aqui é epinge. Nunca benzi, diz que a benzedura é bom para isto. Mas tem, tem aqueles cremes que os doutores mesmo que receitam, sabe. A madrinha ali encima tem estas manchas que saem quando tu vais na praia, o doutor mesmo receitou para ela e agora está saindo tudo. Mas tem remédio para isto aqui, mas não dão de preguiça para a gente. Pensam que a gente não pode comprar. Eu deixo de comer e compro, mas eles não dão para a gente. Eu queria sempre tirar um remédio assim na farmácia, mas tenho medo".**

No caso acima, esta percepção do tratamento desigual conforme a classe do paciente aparece de maneira bastante explícita. O fato da paciente perceber o comportamento do médico em *não dar* determinado remédio como uma decorrência do custo elevado desta medicação e sobretudo, por este considerar que *a gente não pode comprar*, é para ela, a prova deste tratamento desigual. Assim, na perspectiva da informante, se existe um remédio "melhor" e mais caro para a doença - *tem aqueles cremes* - e que foi eficaz em um outro caso e que o *doutor mesmo receitou*, e o médico lhe receita um outro remédio, mais acessível - *remédio roxo* - e que *não adianta*, este médico só pode estar lhe avaliando conforme sua classe social e *achando que a gente não pode comprar*.

O depoimento relatado evidencia ainda um outro aspecto presente nas representações e relações que os moradores da Vila mantêm com o médico e com a medicina, que é a legitimidade que atribuem a ambos. Como indica a informante é o médico que pode *dar* determinado remédio, é somente ele que tem legitimidade para tal. O *remédio* poderia até ser conseguido por outros meios, como na farmácia, mas isto é percebido como uma coisa perigosa porque não legítima, no sentido de que somente ao médico é conferido a legitimidade de receitar aqueles remédios que não são considerados comuns. Um *remédio* é percebido como legítimo não apenas porque foi eficaz, mas também porque foi *o doutor mesmo receitou*. É importante destacar ainda que na Vila Dique, devido as

possibilidades de acesso direto aos recursos da medicina oficial e ao médico, a figura do farmacêutico não é considerada como legítima para fornecer indicações a respeito dos medicamentos relacionados às *doenças graves*<sup>19</sup>.

A medicina oficial também é considerada como recurso legítimo e apesar de outros recursos de cura serem também reconhecidos enquanto tais, como a benzedura, ela adquire preferência em determinadas situações. No caso transcrito acima, mesmo admitindo uma possível eficácia a benzedura, a informante nega este recurso uma vez que o que está em questão é sua relação com a medicina. Desse modo, *benzer* significaria reconhecer a posição social que o médico está lhe atribuindo, ou seja, seria aceitar o tratamento desigual que este está lhe conferindo. Assim esta negação circunstancial da procura de outro recurso de cura e a ênfase na legitimidade da medicina oficial é também uma forma de negar uma posição social buscando se identificar com aquela ligada a este último recurso, ou melhor, com aquela tratada de forma especial pelos médicos, aquela para quem receitam os remédios mais caros.

A relação que os moradores da Vila mantêm com o médico não é uma relação de mera aceitação do discurso e das práticas deste passivamente mas, como demonstra o depoimento acima, contém uma permanente crítica a este respeito. Apesar de possuírem poucos critérios objetivos para avaliar a conduta do médico, estas pessoas mantêm uma permanente posição de desconfiança, que tem sempre como parâmetro experiências anteriores ou de alguma outra pessoa de sua rede de relações mais imediata (como por exemplo, um *parente* ou um *vizinho*)<sup>20</sup>. É neste sentido que a entrevistada usa a experiência da *madrinha* com a medicina para contrapor a sua relação com o médico. Assim, reconhecendo sua incompetência frente ao saber médico, ela usa como estratégia confrontar ao discurso de seu médico, a prática de um outro médico, estabelecendo assim um

---

19 A respeito da importância do farmacêutico em um contexto específico ver Loyola, 1984.

20 Sobre a diferença entre os critérios utilizados pelos membros das classes populares e superiores na avaliação da prática médica ver Boltanski, 1984. A respeito do uso da experiência das pessoas que compartilham a mesma situação de classe como estratégia para contrabalançar o autoritarismo médico ver Loyola, 1984. Para uma análise das negociações envolvidas no relacionamento entre médicos e pacientes no caso específico de doenças crônicas, ver Baszanger, 1986.

confronto não entre duas posições muito diferenciadas - a sua e a do médico - mas entre dois membros representantes de uma mesma classe social e da mesma medicina oficial.

O uso desta estratégia quando o que está em questão é a relação com o médico e com a medicina oficial, é bastante comum entre os moradores da Vila. O diagnóstico de um médico é contraposto ao diagnóstico de outro, bem como os *remédios* receitados por um são comparados aos receitados por outro em uma caso semelhante. As suspeitas a respeito da competência de um determinado médico são sempre apresentadas como se legitimando na própria medicina oficial. O depoimento de uma entrevistada ilustra esta estratégia:

**Eu consultei muitos médicos, tive muito tratamento, mas acho que este médicos não eram de muita confiança. Me disse um médico de Curitiba (...), o doutor F. me disse: 'eu não te curo disto, definitivamente ninguém te cura e se um médico diz que vai te curar ele está mentindo'. E eu acredito que seja isto mesmo porque de vez em quando ela pinta. Agora mesmo eu estou fazendo tratamento." (Pedro, 70 anos)**

Aqui como em diversos outros momentos em que estão se relacionando com a medicina oficial ou com seus representantes, as pessoas articulam um discurso no qual contrapõem práticas e discursos distintos e que se legitimam na própria medicina. É como se por meio de um artifício falassem através da representação que possuem de um médico para se legitimar frente os outros. Ou seja, não é necessariamente o *doutor F.* que está dizendo que sua doença não tem cura e que os médicos que dizem curá-la estão *mentindo*, mas é principalmente o próprio doente que percebe desta maneira sua doença e suas relações com a medicina e que se utiliza da imagem de um representante desta como forma de legitimar sua representação.

Coerente com esta estratégia, a prática adotada pelos moradores da Vila como forma de se defenderem destas suspeitas a respeito dos médicos, é mudar de médico ou de instituição de saúde. Como os dois depoimentos já citados evidenciam, o *mudar de doutor* ou o *consultar muitos médicos* é um dos poucos recursos que os membros das classes populares dispõem para se contraporem as práticas da medicina oficial que consideram suspeitas de confiança ou para

contrabalançar este sentimento de tratamento diferenciado a que estão sujeitos. É também neste sentido que a mudança de instituição de saúde pode ser acionada. Como ilustra o caso narrado por uma entrevistada. Esta conta que seu filho estava internado em um determinado hospital, mas que como ele nunca melhorava estava desconfiada que não estava sendo *tratado direito*. Afirma que pegou então a criança, tirou-a daquele hospital e a internou em um outro hospital, onde em pouco tempo a criança apresentou melhoras.

Esta trajetória por diferentes médicos e diferentes instituições de saúde se, por um lado, é um meio acionado pelos membros das classes populares para se defenderem da própria medicina oficial e, sobretudo de alguns de seus representantes, por outro lado, confere a estas mesmas pessoas um maior domínio tanto das burocracias das instituições (como já foi salientado anteriormente) como da terminologia do discurso médico. Pois, como destaca Boltanski (1984), por ser o médico o principal agente de difusão do conhecimento da medicina, quanto maior for o contato com este agente, maior será o domínio deste discurso<sup>21</sup>. Isto é visível entre os moradores da Vila no emprego frequente que fazem dos termos médicos para designar doenças, embora aqui estes termos possam adquirir um outro significado daquele conferido pela medicina. É assim que dizem, por exemplo, *escabiose infecciosa* ao invés de *sarna* ou então oscilam entre *infecção respiratória*, *pontada* e *problema de pulmão*.

Mas se este domínio de determinados termos médicos não significa o domínio dos princípios da explicação médica das doenças e por isto eles são descontextualizados e levados para dentro de uma outra lógica de explicação, por outro lado, permitem que os membros das classes populares percebam o seu próprio discurso sobre as doenças como não sendo tão profano, contrapondo-o por

---

21 "A familiarização com as taxinomias mérbidas e sintomatológicas de origem científica e a aquisição de novas categorias de percepção do corpo é essencialmente o resultado da frequência do contato médico, que consititui hoje o principal agente de difusão do vocabulário médico" (Boltanski, 1984:133)

vezes ao discurso médico, e utilizando-se para isto do que conseguiram apreender do discurso de outros médicos. Esta familiaridade com os recursos da medicina oficial (por diversas razões, tais como as facilidades de acesso a este recurso, a prática dos profissionais do Posto de Saúde, as trocas de médicos e instituições) parece marcar a relação que os moradores da Vila mantêm com o médico, tanto que a barreira linguística que caracteriza a relação que um "profano" mantém com um especialista, não se apresenta de forma tão definitiva neste caso e não adquire a mesma importância atribuída por Boltanski (1984)<sup>22</sup>.

O domínio das normas de funcionamento das instituições de saúde as quais estão mais acostumados a frequentar, permite também aos moradores da Vila burlar estas normas ou utilizá-las conforme seus interesses. Este é o caso por exemplo, de uma informante que afirma que leva sempre seu filho no *Postinho* aos sábados, horário em que o Posto de Saúde oferece um plantão para as "emergências", *para ver como ele está* pois sabe que neste horário *não precisa marcar hora*. Ou os casos frequentemente relatados pelos funcionários do Posto de Saúde, das pessoas que para não *marcar hora* ficam na sala-de-espera aguardando o médico passar para então, por meio da relação personificada que mantêm com este, conseguir que sejam atendidos.

A "escolha" do médico realizada pelos moradores da Vila pode num primeiro momento, se dar arbitrariamente, ou seja, sujeita as condições impostas pela própria instituição. Assim ele pode *consultar* como o doutor X. porque este era o médico disponível naquele momento. Entretanto, o retorno ao mesmo médico somente se dará se o paciente fizer deste uma avaliação positiva. Caso levante suspeitas sobre sua competência tratará logo de buscar outro especialista, como já foi salientado. Mas esta seleção pode seguir outros critérios, sobretudo nos casos em que a instituição permite isto, como é o caso do Posto de Saúde da

---

22 A proposta de trabalho dos profissionais do Posto de Saúde da Vila Floresta também contribui no sentido de diminuir esta distância linguística entre médico e paciente, uma vez que estes procuram "simplificar" os termos empregados na explicação do diagnóstico e da terapêutica aos seus pacientes. Para a análise da perspectiva dos médicos vinculados ao Posto de Saúde da Vila Floresta a respeito de sua relação com os pacientes de classes populares ver capítulo V.

Vila Floresta. Apesar da proposta dos profissionais deste Posto ser a do "médico de família", isto é, todos os membros de uma mesma família serem atendidos pelo mesmo médico, os pacientes utilizam esta liberdade de *escolha* do médico conforme outros princípios<sup>23</sup>. O depoimento de uma entrevistada ilustra esta seleção do médico por critérios específicos:

"Sempre consulto com o doutor C. quando estou grávida, mas também para mais nada. E sempre levo a mãe para consultar. Se é negócio de exame de toque então é a doutora B. O doutor C. sempre foi legal, desde que eu fiquei grávida aqui eu sempre consultei com ele, desde o primeiro pré-natal até o último. Para olhar ele sempre olha a barriga, nunca olha por baixo, quando fiz exame de toque foi com a doutora B. Já as gurias eu levo na doutora D., não gosto de levar no mesmo médico que eu vou."

No caso acima um dos princípios que está sendo acionado para a seleção do médico é além do sexo deste o tipo de *exame* que será realizado. Pois apesar do *doutor C.* ser o preferido para casos de gravidez, quando se trata de fazer *exame de toque* a *doutora B.* passa a ser a escolhida<sup>24</sup>. Já no caso da escolha do médico das filhas o critério é não ser o mesmo médico da mãe, e talvez o princípio que esteja subjacente a esta escolha é a existência do médico de criança em oposição ao médico de adulto ou de mulher. E neste caso, como todos os médicos que atendem no Posto de Saúde são "médicos gerais", parece haver a simulação do médico de crianças ao escolher um outro médico para tratar dos filhos. Mas além deste, vários outros princípios são empregados na seleção do médico, sendo que o que é recorrente entre os moradores da Vila é o fato de que se o médico escolhido não corresponder as expectativas que o paciente tem a seu respeito, seja em termos de eficácia do tratamento ou mesmo em termos do tipo de relação estabelecida, ele será, ao menos temporariamente, substituído por outro especialista.

---

23 A respeito da concepção dos profissionais do Posto sobre o "médico geral" ver o capítulo V deste trabalho.

24 É importante notar aqui uma noção de corpo compartimentado, que obedece uma outra lógica que a lógica da medicina. Assim, além do corpo aparecer como separado entre a parte superior e a parte inferior, ele também tem um aspecto externo e outro interno. A respeito da percepção das partes do corpo pelos membros das classes populares ver Loyola, 1984 e Duarte, 1986.

## 2.4 . Do Diagnóstico a Terapêutica

Ao considerarem o diagnóstico e a terapêutica médica os moradores da Vila em geral, emitem um discurso que reafirma estas práticas da medicina oficial. Este discurso afirma uma condição de submissão por parte do doente ao especialista da medicina oficial ao conferir a este crédito total sobre a cura. É assim que é comum as pessoas responderem, quando perguntadas se seguem ou não o *tratamento* médico, expressões do tipo "faço direitinho como ele pede" ou então "se não fizer direitinho como o doutor manda não adianta nada". O médico aparece aqui como aquele que *manda* enquanto que o paciente é aquele que, se quiser se curar, deve se submeter a estas prescrições, ou seja, *fazer tudo direitinho*.

Como evidencia Boltanski(1984), esta submissão das classe populares frente ao discurso médico se deve à falta de critérios objetivos para avaliar este discurso. Estes percebem que estão numa relação que opõe um especialista, detentor de um conhecimento legítimo a respeito da saúde e da doença e um profano que, por não dispor do mesmo conhecimento e não ter condições para contestá-lo, deve acatar as determinações do especialista<sup>25</sup>. Mas apesar desta aparente aceitação do discurso médico, existe todo um outro espaço para representações e práticas que vão numa direção oposta a esta apontada acima.

Assim, para os moradores da Vila, o seguir ou não a terapêutica ou *tratamento* indicado pelo médico está condicionado à concordância que conferem ou não ao seu diagnóstico. De uma forma geral, quando estão de acordo com o diagnóstico médico, o *tratamento*, apesar dos esforços especiais que possa demandar

---

25 Conforme Boltanski "a relação doente-médico não é, como gostaria a ideologia médica, uma relação específica, mas pertence a um gênero mais vasto de relações interindividuais, que põem face a face um especialista detentor de um conhecimento específico e manipulador, e um profano que suspeita da manipulação sem poder provar nada e nem, com maior razão, evitá-la" (Boltanski, 1984:40).

- como despesas extras - é seguido. Caso contrário, são buscadas alternativas para este *tratamento*. É importante salientar que a maior parte dos medicamentos receitados pelos médicos do Posto de Saúde da Vila Floresta, bem como os do *hospital*, são adquiridos pelos pacientes gratuitamente, sendo poucos os remédios que necessitam ser comprados.

O diagnóstico médico é sempre reinterpretado pelo paciente de forma que possa ser encaixado numa explicação coerente da doença. São tomados do discurso médico alguns termos específicos que adquirem um sentido quando relacionados a outros aspectos percebidos como originários da doença<sup>26</sup>. Assim por exemplo, um diagnóstico de "tuberculose" ou de "pneumonia" só vai ser aceito pelo paciente se este conseguir estabelecer uma relação deste diagnóstico com um conjunto de outros elementos e práticas que teriam causado esta doença, tais como o *apanhar frio* e estar sujeito à *umidade*. A lógica de causalidade do diagnóstico médico é substituída por uma outra lógica que busca mais que uma explicação das causas da doença, um sentido para esta doença.

A terapêutica prescrita pelo médico também só vai ser aceita na medida em que for coerente com as causas e o sentido atribuído à doença ou, ao menos, ela vai ser interpretada a partir destes elementos. É a partir desta perspectiva que é frequente entre os moradores da Vila a ênfase nas recomendações médica de determinados "cuidados" como parte da terapêutica, tais como o *não se molhar* ou *não tomar frio*.

É também neste sentido que o *tratamento* prescrito pelo médico pode ser adaptado conforme a percepção da doença. Por exemplo, ao se perceber que a doença é *grave* pode-se ao invés de tomar um comprimido como receitou o médico, tomar dois. Ou ainda, o que é bastante comum, interromper o *tratamento*

---

26 Segundo Boltanski, os membros das classes populares retiram do discurso médico alguns termos descontextualizados e a partir daí procuram reconstruir um discurso coerente. "Para isso, ele precisa, em primeiro lugar, reatribuir um sentido aos termos que tomou do discurso do médico, reinterpreta-ndo-os e, em segundo lugar, preencher o vazio que fica entre esses termos, da mesma maneira que o arqueólogo reconstituiu um texto do qual não restam mais que fragmentos" (Boltanski, 1984:74).

quando se percebe que os sinais da doença desapareceram e que portanto, o doente já *está bom*. Em geral, o *tratamento* é seguido apenas até o momento em que se percebe a retomada das atividades cotidianas por parte do doente visto que a interrupção destas atividades é percebida como o principal sinal da doença, como foi analisado no capítulo anterior<sup>27</sup>. O depoimento de uma entrevistada a respeito do *tratamento* da doença de sua filha ilustra esta concepção:

"A outra guria estes dias ficou doente, estava com pontada. Levei no médico e ele deu uns remédios e mandou fazer umas injeções. Mas parece que ela já melhorou, está por aí brincando. Falta ainda fazer as injeções, mas eu acho que nem vai ser preciso". (Joana, 35 anos)

Assim, apesar do *tratamento* não ter sido totalmente cumprido, pois *falta as injeções*, o fato da criança ter apresentado sinais de melhora, como é o *estar brincando*, representa a possibilidade deste ser interrompido neste momento. É muito difícil que um *tratamento* mais longo seja mantido até o fim, mesmo nos casos daquelas doenças percebidas como sempre presentes na pessoa, o *tratamento* é em geral interrompido e retomado apenas quando esta torna a se manifestar.

Da mesma forma, algumas solicitações médicas, tais como *exames* ou *reconsultas*, frequentemente não são atendidas pelos pacientes. Não que estas não sejam reconhecidas como meios legítimos da prática médica, pois os *exames*, por exemplo, são considerados pelos pacientes como um meio do médico *ver* a doença. Mas, da mesma forma que o *tratamento*, estes pedidos não fazem sentido quando se percebe algum sinal de melhora da doença. O *exame* é feito para *ver* a doença, isto é, descobri-la, e portanto, se esta já não está mais se manifestando ou se já se *sabe* qual é a doença, não há nenhuma razão para fazê-lo. Para o casos das *reconsultas* também funciona a mesma lógica, pois retornar ao médico nos casos em que o doente está apresentado sinais de melhora e que o *tratamento* está

---

27 Loyola (1984) chama a atenção para a grande quantidade de remédios que compõe as farmácias familiares dos membros das classes populares resultante das diversas interrupções das terapêuticas e que são guardados para o caso de uma possível recaída.

funcionando não tem sentido. As citações de duas entrevistas exemplificam esta percepção:

"Levei a guria do meio lá para consultar porque ela dizia que tinha dor de barriga. O doutor examinou, apertou a barriga dela e não achou nada. Ele disse que podia ser vermes e pediu uma radiografia. Mas eu nem fui fazer porque já tinha dado remédio de vermes antes. E como a guria não se queixou mais deixei assim." (Sandra, 40 anos)

"Fui consultar por causa deste problema na perna. A doutora me deu um remédio para tomar e disse que era para voltar lá dentro de uns dias que ela ia mudar o tratamento. Eu nem voltei porque este remédio que ela me deu adiantou." (Adão, 68 anos)

Já nos casos em que o diagnóstico do médico não é completamente aceito pelo paciente, a terapêutica prescrita pode ser substituída por outra terapêutica que esteja mais coerente com a percepção deste a respeito de sua doença. Nestes casos é também frequente a procura de outros recursos de cura e de uma terapêutica mais adequada para o caso. É neste sentido que, por exemplo, uma informante contou-me que foi ao médico devido a uma *hemorragia* e que o médico lhe disse que esta era *normal* e que iria parar *naturalmente*. A informante, não contente com a explicação médica, diz que resolveu seguir o *tratamento* que uma amiga, que teve o mesmo *problema*, lhe indicou. O *tratamento* consistia em tomar diariamente um *comprimido anticoncepcional* a fim de *regular* a menstruação. Esta conclui: "estou tomando os comprimidos anticoncepcional e a hemorragia melhorou, imagina se eu ficasse esperando ela passar por si, como disse o doutor. Estaria sangrando até hoje". Ou seja, o *tratamento* indicado pela amiga, neste caso, foi mais coerente com a percepção da doença do que as recomendações, ou melhor, a interpretação das recomendações do médico.

Todas estas formas de interpretação e de recusa do diagnóstico e terapêutica médica presente nas práticas e nos discursos dos moradores da Vila me levam a pensar que aquela afirmativa inicial de aceitação destes não significa uma simples submissão dos membros das classes populares ao discurso médico. Se, por um lado, há de fato este reconhecimento da legitimidade da medicina oficial, materializado nesta aceitação do discurso e da prática médica; por outro lado, esta

aceitação está condicionada por uma outra série de representações, que se expressam nestas diferentes formas de "burlar" esta aceitação inicial<sup>28</sup>. O saber médico, seu diagnóstico e terapêutica são aceitos desde que não contradigam alguns princípios fundamentais das representações que as pessoas fazem a respeito de seu corpo, de sua saúde e da doença<sup>29</sup>.

O exemplo que caracteriza de forma mais significativa esta situação é aquele em que a terapêutica médica se remete para um domínio considerado fundamental entre as classes populares, a alimentação. Neste sentido, por mais que se atribuía legitimidade à medicina oficial a prescrição de uma dieta alimentar que proíba aqueles alimentos considerados como "fortes" por este grupo, tais como *gorduras, carnes e temperos*, dificilmente vai ser aceita e seguida por um paciente com um ethos popular<sup>30</sup>.

Neste sentido também é bastante significativo a interpretação do diagnóstico médico a respeito das crianças *desenganadas*. É difícil encontrar na Vila uma família que não tenha entre seus membros um caso de *desengano*, isto é, que não identifique uma determinada pessoa como tendo sido *desenganada* pelos médicos. Este é sempre um diagnóstico atribuído ao médico e apresentado, ao mesmo tempo, como uma espécie de "prova" do erro médico. A própria sobrevivência da criança *desenganada* é a expressão desta "falta" médica<sup>31</sup>. Mas a interpretação do diagnóstico médico pelas mulheres enquanto *desengano* expressa

---

28 Sobre a negociação entre médico e paciente, tanto do diagnóstico da doença como de sua terapêutica ver Baszanger, 1986.

29 Esta afirmativa vai ao encontro do trabalho de Loyola. Segundo esta autora "Quando uma prescrição médica não é cumprida (p. ex., um lambedor de jurubeba é utilizado, em lugar de uma dose "x" de penicilina) as mais das vezes (sic) não é exclusivamente a falta de recurso econômico do paciente que está por trás dessa prática, mas uma crença popular, uma visão do mundo, do organismo e da saúde em grande parte incompatível com aquelas subjacentes à medicina legitimada pelos cânones da ciência" (Loyola, 1978:225)

30 Sobre os gostos alimentares dos moradores da Vila Dique e a classificação dos alimentos operada por eles ver capítulo II deste trabalho. A respeito da recusa por parte dos pacientes em seguir as dietas alimentares prescritas pelos médicos ver também Knauth, 1990.

31 Como já referi no capítulo anterior, esta sobrevivência da criança *desenganada* é também uma prova da existência de um "fond de santé", que se manifesta ao se passar do *desenganada* para o *se criou*, ou seja, da possibilidade de morte para a vida.

ainda uma determinada percepção da relação com o médico, como fica evidente no depoimento de uma informante:

"Este aqui foi **desenganado pelo doutor** logo quando nasceu. Ele era muito magrinho e tinha também anemia. **O doutor desenganou ele, disse que ele não ia resistir.** Ficou baixado quase um mês. Mas tá aí, rindo e está quase sentando". (Geni, 39 anos)

Quando perguntei a esta informante se o médico tinha lhe dito que a criança iria morrer ela respondeu: "Ele não disse desse modo, né. Mas falou que achava que se o nenê tivesse outra diarreia ele não ia resistir". O diagnóstico médico interpretado pela mãe como *desengano* representa o estabelecimento de uma espécie de disputa entre o médico e a mãe da criança. Para a mãe, o discurso do médico a respeito da possibilidade da criança não *resistir* significa um desafio, que coloca em jogo sua própria posição social de mãe e mulher. Neste sentido é lido enquanto uma avaliação do médico a respeito de sua competência de mãe ou ainda como uma condenação do médico de sua posição social (de mulher de classe popular). Assim o ter sido *desenganado* pelo médico representa a vitória de um profano, a mãe, sobre um especialista, o médico<sup>32</sup>. A sobrevivência da criança *desenganada* é a prova do "engano" médico. Neste sentido, é que as mulheres ao falarem de seus filhos que foram *desenganados* pelo médico fazem questão de enfatizar seu estado atual - *forte, gordo, rindo* - em oposição ao estado do momento do diagnóstico - *fraco, magro, anêmico*. Uma outra forma de comprovar esta vitória da mãe sobre o médico, frequentemente mencionada pelas entrevistadas, é o levar a criança, depois de um certo tempo, até o médico que forneceu o diagnóstico de *desengano* afim deste *ver* como a criança se *criou*. Durante o trabalho de campo, quando as mulheres contavam as histórias de seus filhos *desenganados* faziam questão de me mostrar a criança ou, nos casos em que isto não era possível, uma fotografia na qual esta aparecia.

---

32 Esta apresentação do *desengano* lembra as colocações de Boltanski (1984) a respeito da espécie de "vingança de classe" que o curandeiro representa. Aqui também se trata da vitória de um profano, membro de uma classe socialmente inferior, sobre um especialista representante da classe dominante.

A interpretação pelas mulheres do diagnóstico médico como este tendo *desengano* a criança é um dos meios acionados por estas para contestar a legitimidade de um discurso sobre o qual possuem pouco domínio. A idéia do *desengano* passa a ser manipulada pelas mulheres como uma forma de se contrapor ao médico e, ao mesmo tempo, se legitimarem enquanto mãe e mulher, seja perante os próprios médicos, seja em suas relações sociais cotidianas.

### 2.5. A Avaliação do Médico

A avaliação que os moradores da Vila fazem dos médicos é, em geral, uma avaliação positiva. Quando questionados a este respeito utilizam expressões do tipo "para mim todos os médicos são bons" ou "não tenho do que me queixar". Mas apesar destas expressões serem gerais, isto é, se referirem a *todos* os médicos, pode-se perceber que estas são formuladas a partir da experiência concreta que tiveram com determinados médicos (especialmente com os médicos do Posto de Saúde da Vila Floresta). É pela tendência, já destacada, a personificar a relação com o médico que o *doutor X*, passa a representar toda esta classe de especialistas.

Apesar de não disporem dos mesmos critérios objetivos da cultura dominante para avaliar a competência do médico, os moradores da Vila estabelecem, a partir de seu ethos e habitus de classe e de suas experiências prática com estes especialistas, alguns critérios de avaliação<sup>33</sup>. O primeiro deste critérios é o mesmo usado para avaliar as pessoas de forma geral, que se resume nas noções de *bom* e *mal*. Assim o *bom médico* é, em primeiro lugar, aquele que pode ser considerado uma *boa* pessoa. Isto significa ser uma pessoa *atenciosa*, que *conversa*, que *ri*, ou seja, que corresponde ao que se espera dela numa determinada relação. Nas palavras de uma entrevistada:

**"Todos os médicos de lá [Posto de Saúde] são muito bons, não tenho do que me queixar. Eles conversam bastante contigo, brincam, dão risadas. O doutor A. carrega sempre um saco de balas para dar para as crianças". (Joana, 35 anos)**

---

33 Sobre a avaliação diferenciada do médico segundo as classes sociais ver Boltanski (1984).

Como pode-se ver por este depoimento o *bom médico* é sinônimo de uma *boa* pessoa. Mas ao salientarem algumas características pessoais do médico os entrevistados estão também falando do tipo de relação que está em questão. Como a relação que mantém com o médico é uma relação desigual em diversos aspectos - que opõe profano/especialista, classe dominada/classe dominante - os moradores da Vila procuram destacar desta relação os aspectos nos quais ela pode ser percebida como mais próxima. O *conversar, dar risadas e brincar* são atitudes que, a princípio, se pressupõe como se dando entre iguais ou ao menos entre pessoas com as quais se mantém uma relação de proximidade.

Um outro exemplo da percepção desta relação desigual e da ênfase nos aspectos que podem aproximar o médico do paciente, é a oposição que os entrevistados, sobretudo aqueles que passaram grande parte de suas vidas em zona rural, estabelecem entre os médicos do interior com os quais tiveram contato - e que são sobretudo aqueles médicos vinculado ao antigo serviço de assistência social ao trabalhador rural, denominado de Funrural - e os médicos da capital. Estes últimos são percebidos positivamente em relação aos primeiros, como expressa um entrevistado:

"Os médicos do interior não são como os daqui, os daqui são mais atenciosos ao pobre. Chega um pobre aqui e é atendido como rico, tenha INPS ou não. Lá no interior não é assim."  
(Adão, 68 anos)

Mesmo continuando a existir na cidade a oposição entre pobres e ricos, o fato de os médicos serem *mais atenciosos* permite de certa forma ultrapassar esta desvantagem inicial do paciente. O médico da cidade é percebido como melhor do que o médico do interior por atender da mesma forma o *pobre e o rico*.

Neste sentido, todos os comportamentos do médico que escapem a representação que se tem de sua posição social são percebidos positivamente. O relato de um informante a respeito do comportamento do médico durante sua internação hospitalar evidencia esta percepção:

"O doutor C. é um **médico muito bom**. Faz dois anos que ele me baixou por causa de pulmão. Eu estava lá no hospital e ele

**ia me visitar todos os dias, não falhava nem nos domingos. Eu nunca tinha visto disto antes." (João, 75 anos)**

O médico aqui não está sendo avaliado em relação a sua competência profissional mas em relação ao seu comportamento. Além do médico tomar uma atitude não esperada - mas desejada - pelo paciente, em decorrência de sua posição social, ele está ainda agindo em conformidade com o ethos das classes populares. O médico está empreendendo, neste caso, uma prática muito valorizada pelos moradores da Vila (sobretudo na condição de doente) que é a *visita*<sup>34</sup>. É portanto, em primeiro lugar, em função de suas características pessoais e de seu comportamento que o médico é avaliado.

Mas, se por um lado os moradores da Vila não dispõem de um conhecimento mais técnico que lhes permita avaliar a competência das práticas médicas, por outro lado, eles estabelecem alguns critérios "objetivos" para fazer esta avaliação. Dentre estes critérios está a percepção da eficácia do *tratamento*<sup>35</sup>. Um médico *bom* é aquele que *acerta*, ou seja, que ao mesmo tempo que faz um diagnóstico correto prescreve um *tratamento* eficaz. É assim que ao falarem dos médicos os entrevistados refere-se em geral a esta eficácia do *tratamento*, como os depoimentos abaixo demonstram:

**"Eu sempre gostei da doutora G.. Porque a doutora G. tu conversa com ela direitinho e ela te dá o remédio certinho para aquela coisa, sempre acerta." (Marli, 24 anos)**

**"Eu sempre tive este problema na perna e nunca nenhum médico acertou. Só uma doutora que eu consultei lá no Conceição que *receitou um remédio e acertou*. A dor na perna já está até passando. A doutora era boa mesmo, logo acertou." (Adão, 68 anos)**

---

34 A respeito da importância atribuída pelos membros das classes populares à *visita* numa situação de internação hospitalar ver Knauth, 1990.

35 Loyola também percebe entre os moradores de Nova Iguaçu esta associação entre a avaliação do especialista e a eficácia dos medicamentos prescritos por ele e afirma: "A eficácia do remédio prescrito torna-se, desta maneira, um meio de controlar a qualidade profissional do médico e, também, de contrabalançar sua autoridade" (Loyola, 1984:142).

O controle sobre as manifestações da doença, tais como a *dor* ou a *febre*, é um meio que o paciente dispõe para avaliar a prática médica. O médico avaliado positivamente é aquele que consegue produzir, num tempo relativamente curto, os resultados esperados pelo paciente, isto é, a percepção de que a doença está cedendo ao *tratamento*. Assim, se num primeiro momento a avaliação do médico é imediata visto que atribuída em função de suas características pessoais. Num segundo momento, o espaço de tempo transcorrido entre o diagnóstico e a prescrição de uma terapêutica e as primeiras manifestações de cura da doença, é determinante nesta avaliação. É este período que vai definir, na ótica do paciente, se o médico *acertou* ou não, ou seja, se ele fez tanto o diagnóstico como a terapêutica corretamente.

As "queixas" a respeito dos médicos mais frequentes entre os moradores da Vila se referem à recusa de atendimento por parte de um médico ou de uma instituição de saúde. As avaliações negativas de um médico se limitam, por exemplo, a evidenciar que este *não acertou* ou a considerações sobre suas características pessoais, tais como ser muito *cheio* ou *não ter paciência*. Mas, se tratando de uma recusa de atendimento ou mesmo a recusa em fornecer um medicamento ou *atestado* solicitado pelo paciente, o discurso a respeito dos médicos adquire outro tom. Embora pouco significativos em termos de quantidade, estes acontecimentos parecem marcar qualitativamente a avaliação que o paciente faz do médico, estendendo-se por vezes aos demais profissionais vinculados ao estabelecimento de saúde. O caso de uma entrevistada ilustra esta percepção:

"Ali é uma nojeira, Deus que me perdoe. Era bom antes, agora não é mais bom. Estes tempos eu estava com a garganta que não podia nem falar, tava uma pura bola ali na garganta. Eu fui ali e eles me mandaram lá no Conceição. Eu disse: "que é que adianta ter o Posto se vocês não atendem". Eles não disseram nada, me mandaram ir lá no Conceição. Eu disse: "agora eu não vou mais", e fiquei com a garganta daquele jeito. Até hoje tem aquelas bolas porque eu não curei, não tomei remédio e nem nada. Peguei e vim embora". (Júlia, 22 anos)

Ou então o caso relatado por outra informante:

"Estes dias a vizinha ali da frente veio aqui com o guri que estava com o pé machucado. O pé do guri estava todo inchado e vermelho. Eu mandei ela ir no Posto consultar. Ela foi lá e disseram que aquilo não era serviço deles lá, que era de ortopedista e mandaram ela embora. A vizinha voltou aqui em casa, daí eu abri o pé e fiz um curativo. Imagina se isto é coisa que se faça, o guri podia até ter morrido de tétano." (Carla, 30 anos)

Nos dois casos relatados acima, a recusa de atendimento é percebida como algo não legítimo para uma instituição de saúde e como tal condenável<sup>36</sup>. O discurso da instituição de que os "casos" não são de sua competência - *disseram que aquilo não era serviço deles* ou *me mandaram lá no Conceição* - não justifica para os pacientes a recusa de atendimento. Pois, nesta perspectiva, a procura do recurso da medicina oficial significa que a doença é considerada como sendo de competência dos especialistas desta área, seja porque a doença é percebida como *grave* ou porque é um tipo específico de doença ou ainda porque já se esgotaram os outros recursos possíveis para o caso.

Por fim, a condenação do médico e/ou da instituição de saúde não significa uma negação da legitimidade da medicina oficial, pois esta e, frequentemente, a própria instituição condenada constituem-se ainda num recurso de cura possível. No entanto ela parece alterar a relação deste indivíduo ou mesmo de um grupo mais amplo, com a medicina e seus representantes. Esta alteração pode se manifestar em diferentes níveis, tais como mudar de médico ou de instituição, privilegiar outros recursos de cura ou mesmo negar temporariamente este recurso (como aponta o primeiro depoimento).

---

36 É importante salientar aqui que por sua própria proposta de atuação, o Posto de Saúde não se propõe a atender todos os casos que surgem, encaminhando para outros serviços de saúde aqueles que julgar que não são de sua competência. Entretanto, na perspectiva dos médicos, isto não se caracteriza enquanto recusa de atendimento. Sobre a proposta de atuação do Posto de Saúde da Vila Floresta ver capítulo V deste trabalho.

## **CAPÍTULO IV**

### **A CURA ATRAVÉS DE OUTROS CAMINHOS:**

#### **Os Benzedores e a Religião**

A situação de doença coloca, frequentemente, os moradores da Vila em contato com especialistas de cura que não aqueles reconhecidos pela medicina oficial<sup>1</sup>. Dentre estes outros especialistas se destacam as benzededeiras e os diferentes especialistas religiosos. A procura destes especialistas pode se dar tanto em razão do tipo da doença como ainda em decorrência das especificidades do caso, ou seja, das relações estabelecidas entre a "história" da doença e a "história" do doente.

Enquanto uma alternativa possível de cura, a procura deste outros especialistas não se dá necessariamente face a exclusão dos recursos da medicina oficial, mas mantém com esta última diferentes níveis de relação, dependendo do contexto no qual se apresenta. Neste sentido, as relações entre os especialistas da medicina oficial e os especialistas da denominada medicina popular ou os

---

1 Apesar destes especialistas não serem reconhecidos pela medicina oficial, os médicos do Posto de Saúde da Vila Floresta reconhecem e, até mesmo aceitam a procura destes especialistas por seus pacientes, desde que esta procura não venha em detrimento da terapêutica médica oficial.

especialistas religiosos pode ser tanto uma relação de competição e de oposição quanto uma relação de complementariedade<sup>2</sup>. No caso dos moradores da Vila Dique, estes outros especialistas são basicamente de dois tipos: os benzedores e os especialistas religiosos, especialmente aqueles vinculados às religiões afro-brasileiras.

### 1. Os Benzedores

Existe na Vila Dique poucas pessoas (em torno de quatro) que são reconhecidas enquanto especialistas em benzedura e procuradas como tal, ou seja, que detêm um conhecimento específico a cerca de uma série de doenças e técnicas de benzeção para curá-las. São sobretudo as pessoas de mais idade (acima dos 50 anos) e com uma trajetória pela zona rural, que detêm estes conhecimentos e que praticam a benzeção.

Mas por outro lado, é bastante comum ouvir uma pessoas dizer que *benze* um determinado mal ou doença. Estas últimas são em geral as avós que, apesar de não serem consideradas especialistas, resolvem frequentemente os problemas domésticos mais simples relacionados com a benzedura. Isto porque o conhecimento a respeito de algumas destas técnicas são, da mesma forma que os conhecimentos da medicina familiar, compartilhados por um grupo mais amplo de pessoas<sup>3</sup>. Dito de outra forma, algumas técnicas e saberes mais *simples* a respeito da benzeção não são restritas aos especialistas, mas fazem parte de uma espécie de saber comum, de uma geração com uma trajetória semelhante. Porém, há uma área específica reservada aos especialistas em benzeção. Esta se refere a cura daqueles

---

2 Diversos autores já analisaram as relações entre a medicina oficial e a medicina popular, ver entre outros Boltanski, 1984; Loyola, 1984; Montero, 1985; Neves, 1987; Laplantine, 1986; Loux, 1990; Favret, 1977.

3 Leal (1989) também salienta esta difusão dos saberes a respeito de algumas rezas entre as mulheres, entretanto são apenas algumas destas que estão autorizadas a praticar a benzedura de forma mais sistemática. Ver também a este respeito Oliveira, 1985.

males ou doenças considerados como mais *graves* e logo, como requerendo um especialista para atuar sobre eles.

A forma de aprendizado do *benzer* é também variável e pode se dar por diferentes meios<sup>4</sup>. Os especialistas em geral, mencionam que aprenderam estas técnicas e saberes junto a um parente ascendente - avós ou pais - que também o praticava. Entretanto este aprendizado não é percebido como se dando de forma sistemática ou pré-estabelecida, mas é fruto da convivência com esta prática, do *olhar* como ela é realizada. Este aprendizado inicial pode ser incrementado através de outros meios, como é o caso de um benzedor entrevistado que menciona que aprendeu uma *simpatia para bronquite* em um livro que encontrou coletando papéis.

Já aquelas pessoas que também benzem mas que não são especialistas não tem uma noção tão clara de como adquiriram este conhecimento. Estas sabem algumas rezas específicas para determinadas doenças, mas enfatizam que o mais importante para a cura é *ter fé*. O relato de uma entrevista que benze exemplifica esta situação:

**"Eu aprendi eu mesmo. Eu peguei uma fé que se eu benzesse, se eu curasse com essa orações...Eu peguei aquela fé que eu me curava do cobreiro e ia curar os outros também. E curei mesmo. Aprendi com Deus mesmo. A minha mãe benzia, mas eu nem sei das orações dela. Eu botei as orações assim, eu mesmo na minha cabeça". (Eva, 52 anos)**

Assim, ao mesmo tempo que, ao enfatizar a *fé*, a entrevistada está, por um lado, se contrapondo ao especialista em benzeção, que domina bem a técnica e, por outro, está dando um dos princípios desta prática, a ligação com o

---

4 Para um análise mais detalhada da forma de aprendizado do ofício da benzeção ver Oliveira, 1985.

sobrenatural, com *Deus*. Neste sentido vai ao encontro da concepção do especialista que apesar de ressaltar a importância da técnica - estas muitas vezes são mantidas em segredo pois "não pode se contar como é senão não funciona mais" - reafirma a ligação desta prática com a esfera sobrenatural. Como afirma um benzedor: "Não sou eu quem cura, eu só sei o que tem que fazer, mas quem cura mesmo é Deus. Mas a pessoa tem que ter fé. Ele tem que ter fé em Deus".

A *fé* não é apenas um requisito para a prática da benzeção, mas é também um dos princípios de sua eficácia<sup>5</sup>. Para que a benzedura realmente *funcione*, isto é, atinja os resultados esperados, a cura da doença, é necessário que quem está se submetendo a este recurso compartilhe de seu princípio fundamental, a *fé* - a *pessoa tem que ter fé*. É neste sentido que os moradores da Vila quando se referem ao *benzer* como um recurso de cura confirmam o domínio deste princípio com expressões do tipo "eu tenho fé na benzedura" ou então "eu acredito que benzer adianta".

Mas além da *fé*, a eficácia da benzedura está diretamente relacionada com o benzedor, ou seja, com quem está executando esta prática<sup>6</sup>. Se a doença que motiva a pessoa a *mandar benzer* é percebida como alguma coisa mais séria, então é necessário que seja com um especialista e que este tenha *força* para agir contra este mal. A prática da benzedura requer uma *força* de quem a pratica pois supõem-se estar lidando com coisas que estão fora do controle do doente e que podem também escapar ao controle do especialista. A fala de um especialista evidencia esta percepção:

---

5 Neste ponto podemos aproximar a prática da benzeção a magia, que segundo Mauss (1974) exige uma crença mais ampla que a crença em seus elementos isolados. Também Lévi-Strauss (1989) ao tratar deste tema salienta que a eficácia das práticas mágicas depende da crença na magia. Na concepção de Lévi-Strauss, a eficácia simbólica é a propriedade que os símbolos têm de induzir resultados concretos no real. Ainda sobre a necessidade da fé para a obtenção da cura pela benzeção ver Leal, 1989.

6 A respeito da importância da crença do próprio feiticeiro sobre suas práticas e a crença depositada nele pelos pacientes para a eficácia da magia ver Lévi-Strauss, 1989.

"Tem uma outra mulher ali na frente que benze também. Mas o pessoal parece que não gosta muito dela, dizem que ela não tem muita força pra benzer. Eles vem tudo aqui. Tem dias que eu não estou muito bom e mando as pessoas para lá. É que não faz bem benzer muito, a gente se sente parece que cansado. Não sei, mas parece que as coisas ruins das outras pessoas vem tudo para a gente". (João, 76 anos)

Como aponta o relato acima, a eficácia da benzedura está submetida a esta *força* do benzedor que sua prática requer, sobretudo para determinados males, tais como o *embruxamento* e o *quebrante*. Há também a noção de que a doença ou mal - *as coisas ruins* - do paciente é transmitido para que está benzendo<sup>7</sup>. O benzedor, por estar suscetível a isto, tem que ser *forte* o suficiente para quem esta transmissão não o faça ficar também doente e por isto ele mesmo limita sua prática, seja delimitando um determinado número de benzeções, seja excluindo certos males de seu repertório, sobretudo aqueles percebidos como demandando um maior desgaste de *força*.

### 1.1. Tem que mandar benzer

O recurso à benzedura está relacionado, para os moradores da Vila, a determinadas doenças e males. Assim, a benzedura *funciona* para as doenças como o *sapinho*, a *epinge*, o *cobreiro*, a *bronquite*, *vermes* e *berrugas* e ainda para males como o *quebrante*, o *mau-olhado* e o *embruxamento*. Mas nem sempre a percepção destas doenças se dá de forma imediata, assim uma mãe pode, por exemplo, levar primeiro seu filho no médico e depois identificar que sua doença é de fato *quebrante* e então *mandar benzer*. Outras vezes pode-se chegar à conclusão, depois de recorrer aos recursos da medicina oficial, de que para determinados casos a benzedura *funciona* melhor que estes. Ou pode-se ainda fazer o caminho inverso, ou seja, primeiro *mandar benzer* para depois, caso não se perceba eficácia nesta prática, procurar outros recursos.

---

<sup>7</sup> Sobre a relação entre "fraqueza" do corpo e "força" dos espíritos ver Montero, 1985. E a respeito da capacidade do mágico de interromper num dado momento a corrente simpática, um dos princípios da magia, ver Mauss, 1974.

Mas apesar desta variações de trajetória, os moradores da Vila, de uma forma geral, quando identificam os males e doenças mencionados acima, delegam à benzedura a cura destes. São principalmente as crianças que se encontram relacionadas de forma mais direta com este recurso. Pois, se por um lado, estas doenças são percebidas como sendo próprias desta fase, como por exemplo o *sapinho* e os *vermes*, por outro lado, as crianças são também percebidas como seres mais *fracos* (principalmente no primeiro ano de vida, como salientei no capítulo II) e portanto, mais suscetíveis a males tais como o *quebrante* e o *embruxamento*. É assim que um benzedor, ao explicar estes males, sempre se refere à manifestação deles na criança:

"A criança quando está embruxada fica parada, magrinha, não tem vontade de fazer nada. A bruxa é sempre uma mulher e o lobisomem um homem. A bruxa se transforma em borboleta e suga toda a criança, até ela morrer de tão fraquinha que fica. A bruxa pode ser até uma pessoa conhecida, um parente. E quando a gente benze a pessoa que é bruxa fica ruim, amolada. Daí logo se sabe quem embruxou a criança. Já a criança com quebrante é aquela que dorme como os olhos e a boca aberta. E qualquer um que olhe muito a criança, que ache ela bonitinha, pode colocar quebrante na criança. E se não benzer ela pode até morrer." (João, 76 anos)

Ou ainda nas palavras de outra informante:

"É quebrante quando a criança dorme com as vistas assim, meio aberto, com sorriso. Quando não fecha as vistas. Quebrante, mau-olhado, olho-grande, né. Quando tem mal-olhado a criança fica nervosa, com dor de cabeça. De olho grande dá uma soneira, dá aquela soneira. A criança fica mole assim, enjoada. Pode benzer que é zolho". (Eva, 52 anos)

Ambos os relatos evidenciam uma percepção da criança enquanto um ser frágil - tanto físico como espiritualmente - vulnerável e ao mesmo tempo indefeso das ações de outras pessoas. Mas se, por um lado, é devido a esta

fragilidade que a criança é propensa a ter *quebrante*, *embruxamento* ou *mau-olhado*, por outro lado, é também porque ela é muito valorizada e desejada<sup>8</sup>. Ou seja, a criança só é alvo de *mau-olhado* e da ação de *bruxas* porque é um ser desejado, querido, que causa *inveja*. Por isto é que ela pode mesmo ser *embruxada* por um *parente* ou ficar com *olho-grande* por ter sido apreciada em demasia.

Apesar destes males terem sinais muito próximos àqueles identificados com outros tipos de doenças, como as manifestações de negação das atividades consideradas normais para uma criança, como o *não ter vontade para nada* ou a *soneira*, eles se apresentam, nestes casos, de uma forma específica<sup>9</sup>. É tanto o *dormir de olho e boca abertos* como a relação estabelecida entre alguns sinais e um determinado acontecimento, como por exemplo, a visita de alguém, que vão permitir classificar estas manifestações como sintomas de um mal específico. Neste caso *tem que mandar benzer*, pois estas doenças ou males são considerados como sendo de competência desta prática terapêutica.

## 1.2. Relação com os Benzedores e com a Medicina Oficial

A prática da benzedura se situa num espaço bem delimitado, tanto na ótica dos especialistas como de seus clientes. Estes últimos apesar de reconhecerem a eficácia deste recurso, lhe conferem um espaço de atuação restrito, como afirma uma entrevistada:

"Eu já levei muito as crianças pra benzer... Quando tinham sapinho, quebrante...Para este tipo de coisa benzer funciona mesmo, mas não é para toda coisa não." (Ana, 38 anos)

O campo da benzedura está circunscrito por um lado, pelos tipos específicos de doenças e males e por uma demanda referente sobretudo a clientela infantil e, por outro lado, pela atuação da medicina oficial. Neste sentido, muitas

8 Para uma análise da percepção da infância em um contexto de classe popular semelhante ao da Vila Dique ver Vitoria, 1991.

9 Sobre a percepção dos sinais indicativos das doenças ver o capítulo II do presente trabalho.

das doenças das quais a benzedura se ocupa são também, no caso estudado, objetos da prática médica, tais como as *doenças de pele* ou *epinges* ou ainda a *desnutrição* ou *embruxamento*. Os especialistas da benzeção reconhecem estes limites e procuram legitimar sua prática em relação à própria prática da medicina oficial. O depoimento de um destes especialistas ilustra esta relação:

"Eu benzo também para bronquite, faço uma simpatia que já curou muita criança disto. **Os médicos mesmo dizem que não podem curar a bronquite.** As mães trazem para cá achando que não vai curar, mas a simpatia cura mesmo."

A prática da benzedura - *simpatia* - se legitima aqui na medida em que o recurso oficial, a medicina, é percebida como se declarando, ele mesmo, incapaz de agir sobre determinada doença. Esta é uma forma de legitimar perante a relação que mantém com os representantes da medicina oficial uma prática tida, por estes últimos, como ilegítima<sup>10</sup>. Entretanto esta justificação não se faz necessária perante os moradores da Vila, visto que para estes a benzedura, apesar de não ser eficaz em todos os casos de doença, não é uma prática ilegítima. Não há nenhum constrangimento em reconhecer que utilizam deste recurso, desde que explicitadas as condições nas quais isto se desenvolve, ou seja, desde que seja para resolver os problemas atribuídos a sua competência.

Mas se por um lado, a benzedura é o recurso preferido, na maioria das vezes, para determinados casos - tais como *sapinho*, *epinge*, *cobreiro*, *asma* - por ser mais "familiar" às pessoas e também de mais fácil acesso - como é por exemplo, os casos das avós que benzem seus netos. Por um outro lado, quando o que está em questão é a relação do indivíduo com a medicina oficial, a benzedura pode ser preterida em favor deste outro recurso<sup>11</sup>. Este é o caso (já narrado neste capítulo)

---

10 Segundo Loyola a prática dos rezadores e curandeiros é considerada ilegítima tanto pelos médicos como também pelos agentes representantes do catolicismo oficial ou do protestantismo. Ver Loyola, 1984. No caso dos médicos do Posto de Saúde o recurso à benzedura é considerado legítimo, apesar de não se reconhecer sua eficácia. E neste sentido, ele é legítimo quando acompanhado do recurso a medicina oficial.

11 Para um exemplo da preferência da benzedura em decorrência da relação específica que se mantém com o médico ver Leal, 1989 (capítulo IV).

por exemplo, de uma informante que mesmo reconhecendo a possível eficácia da benzedura para sua doença - *epinge* - insiste em recorrer aos recursos da medicina oficial - *cremes* - uma vez que a relação com o médico está colocando em questão sua posição social. Ou ainda, o caso de uma mãe que por manter uma relação bastante intensa com a medicina, *consultando* quase que semanalmente, afirma recorrer ao médico quando seu filho apresenta estes problemas, pois é ele quem está *tratando* da criança.

A relação que as pessoas mantêm com o benzedor se difere bastante daquela que mantêm com o médico. Em primeiro lugar porque, em geral, o benzedor é uma pessoa próxima de seu cliente, seja porque é um *parente* ou vizinho, seja porque mora na mesma Vila e ainda pertence a mesma classe social. Além disto, o paciente domina a classificação das doenças e males que o benzedor utiliza, tanto que na maioria das vezes, ao procurar o especialista, já chega com o diagnóstico do problema. E, como a eficácia da benzedura não é puramente técnica, mas requer *fé*, isto é, crença na sua eficácia, o paciente compartilha com o benzedor este requisito. Por fim, a prática do benzedor não é percebida como sendo uma prestação de serviços ou uma relação profissional, mas uma espécie de "ajuda". Tanto que os benzedores são retribuídos com presentes, como por exemplo um bolo, e não com dinheiro. O depoimento de uma benzedeira evidencia este aspecto:

"Se vem uma criança aqui, sofrendo, eu fico com dó de mandar embora. Eu não vou fazer isto aí, para que, né? Não é meu nem nada, mas eu fico com dó. Para que aquela criança ir embora se ela não deve nada, tá sofrendo, pagando por aquilo. Mas algum me dá um presentinho, mas tem gente que não dá nada. A maioria das crianças que vem aqui fica bom, boa parte engorda." (Marta, 60 anos)

O benzedor não é percebido enquanto um profissional, mas enquanto dispondo um saber especializado que é colocado em prática face a um sentimento de compaixão, de *dó*, e que lhe permite ajudar os outros. Todos eles insistem sobre este caráter filantrópico de sua prática. A retribuição desta prática não é explícita, mas coloca, implicitamente, ao paciente uma obrigação de retribuir

esta ajuda. Os resultados obtidos com ela - o *ficar bom* - lembram esta "dívida" para com o benzedor.

## 2. A Religião como Recurso de Cura

Os especialistas religiosos se constituem em um outro recurso de cura possível de ser acionado pelos moradores da Vila Dique. E, apesar de não existir na Vila nenhuma *casa de umbanda* ou *batuque*, são principalmente os representantes destas religiões os mais procurados em caso de doença<sup>12</sup>. O contrário ocorre com as religiões pentecostais e mesmo com o catolicismo, pois embora estas estejam presentes na Vila através de vários templos, só eventualmente são acionados para a obtenção da cura<sup>13</sup>.

A relação que a população estabelece nos casos de doença com a religião e com seus especialistas assume um caráter prático. Isto porque a procura destes se dá enquanto um recurso de cura e não implica portanto, em uma adesão aos princípios e práticas da religião. Além disto, a crença e a adesão a uma determinada religião não exclui, para os moradores da Vila, a possibilidade de frequentar os templos de outras religiões ou recorrer a estas em certas situações<sup>14</sup>. O determinante nestes casos é *ter fé* pois, segundo meus informantes "Deus é o mesmo" em todas as religiões. É esta lógica que permite às pessoas terem uma prática religiosa que ultrapassa os limites de uma religião específica. Como é o caso de uma das minhas informantes que, apesar de se dizer católica, frequenta atualmente os cultos de uma Igreja Pentecostal próximo à sua casa e recorre a uma *casa de umbanda* em função de um *problema* de um de seus filhos.

Como não existe atualmente na Vila nenhuma *casa de umbanda* ou *batuque*, as pessoas recorrem, frequentemente, ou as *casas* mais próximas,

---

12 A respeito da doença ser um dos principais motivos de procura das religiões afro-brasileiras ver, entre outros, Loyola, 1984 e Montero, 1985.

13 Neves (1987) analisa a concepção que as religiões pentecostais possuem da doença, bem como suas práticas terapêuticas. Sobre os especialistas destas religiões ver ainda Loyola, 1985.

14 Para uma análise da dinâmica da vivência da religião ou a religiosidade das classes populares ver Duarte, 1983; Loyola, 1984; Brandão, 1986 e Fonseca, 1991.

localizadas nas imediações da Vila Floresta, ou mesmo às *casas* mais distantes (localizadas em outros bairros da cidade ou mesmo em cidades vizinhas), seja porque já frequentaram estas em um outro momento de sua trajetória pessoal, seja porque estas foram indicadas por uma pessoa de suas relações mais próximas (parente ou vizinho).

### 2.1. Quando Recorrer à Religião

Embora seja difícil encontrar entre os moradores da Vila alguém que não tenha, em algum momento de doença, recorrido a religião em busca da cura, este não é o recurso utilizado preferencialmente. Como já destacamos, existem outros recursos acionados em caso de doença e, a própria especificidade do acesso à medicina oficial com a qual a população conta, determina em grande parte sua relação com a religião enquanto recurso de cura<sup>15</sup>. Dessa forma a religião se apresenta como um recurso de cura possível que tem um campo de atuação bem delimitado e aparece nas diferentes trajetórias terapêuticas, frequentemente, cruzado com outros recursos.

A procura de especialistas religiosos - sobretudo *mães ou pais-de-santo* - aparece na Vila Dique como estando vinculada mais a uma percepção do contexto específico no qual ocorre ou se desenvolve a doença, do que em função de uma definição prévia da origem propriamente sobrenatural da doença e da adequação da terapêutica religiosa. Ou seja, não há uma classificação pré-estabelecida que relaciona certos sintomas ou mesmo certas doenças a uma origem espiritual e que portanto, devem ser *tratadas* por um especialista religioso. O que ocorre em geral, é a percepção do próprio desenvolvimento da doença como indicativo desta possibilidade da ação de forças sobrenaturais como causadoras

---

15 É talvez esta especificidade da relação que a população mantém com a medicina oficial, e sobretudo com representantes de um tipo determinado de medicina - "medicina comunitária" - que difere em alguns pontos, a relação que os moradores da Vila Dique estabelecem com a religião daquelas salientadas por outros autores. Assim, no caso da Vila Dique, a procura da religião não é o recurso privilegiado como o é no caso da população de Santa Rita estudado por Loyola (1984) e nem mesmo se dá em função de uma percepção da baixa qualidade do atendimento da medicina oficial ou de uma concepção religiosa da doença, como salienta Montero (1985).

deste fenômeno. Neste sentido, a classificação da causa da doença e o conseqüente recurso à religião são definidos quase sempre em relação à negação de outros diagnósticos ou ao fracasso de outros métodos terapêuticos.

A percepção que os entrevistados têm da doença enquanto sendo causada pela ação de forças sobrenaturais não remete a uma concepção propriamente espiritual desta. Pois o determinante, nestes casos, não são estes poderes sobrenaturais, mas sim o que os está acionando. Dito de outra forma, a doença, apesar de ser uma manifestação de poderes sobrenaturais, tem como origem última as relações sociais na qual o indivíduo está inserido. É sempre alguém que, através do uso de recursos que fazem apelo a poderes sobrenaturais (tais como feitiços, *trabalhos*), está provocando a doença<sup>16</sup>.

Neste sentido, aquelas doenças às quais não se pode imputar uma causa diretamente material ou "natural" é que são percebidas como tendo uma maior probabilidade de serem causadas pelo uso de poderes sobrenaturais. São doenças que se caracterizam sobretudo, por se manifestarem através de comportamentos e práticas sociais percebidas como não normais, tais como o *problemas de nervos* ou o *beber*. Mas o que vai realmente determinar a procura da religião enquanto recurso de cura não é a doença em si e sim a forma que esta se apresenta em cada caso particular<sup>17</sup>.

Uma situação que marca de forma significativa a procura dos recursos religiosos de cura pelos moradores da Vila é a persistência da doença após ter-se acionado outros recursos, sobretudo os da medicina oficial. É esta percepção do esgotamento e/ou fracasso dos outros recursos possíveis que determina o recurso aos especialistas religiosos. Um exemplo que evidencia esta representação são os casos relatados frequentemente pelos entrevistados das crianças que foram

---

16 Esta concepção da doença como sendo causada por um agente externo remete a concepção clássica na antropologia do caráter exógeno das doenças, presente de forma marcante nas sociedades tradicionais mas também nas sociedades modernas. Estabelece-se assim uma relação de agressor e vítima. A este respeito ver, entre outros, Favret, 1977; Evans-Pritchard, 1978; Montero, 1985; Sindzingre, 1984 e Laplantine, 1986.

17 Augé salienta que várias sociedades estabelecem uma distinção entre as desordens biológicas e as desordens sociais. Mas esta distinção não se dá necessariamente através dos sintomas ou da terapêutica utilizada nas doenças. "É frequentemente a persistência do mal, antes que sua forma, que suscita a hipótese de uma causa social, por exemplo, uma agressão de feitiçaria" (Augé, 1984:76).

*desengadas* pelo médico. O ser *desengado* é percebido como sendo a declaração da própria medicina oficial (através do médico) de sua incompetência frente determinada doença e que é também interpretado pelos entrevistados, como a negação de uma causa "natural" desta doença. Neste sentido, o ser *desengado* é traduzido como espécie de prova da ação de forças sobrenaturais sobre o doente e requer, portanto, a ação de um especialista religioso.

"O médico desenganou o guri. Eu fiquei apavorada, não sabia o que fazer. Me disseram então para levar ele num casa de umbanda que ele ia melhorar. Levei ali na Floresta [vila vizinha]. A mãe-de-santo disse que o guri ia melhorar, que os guias iam cuidar dele. Ela disse que ele tinha sido embruxado...sabe, estas coisas de bruxaria... Tinham feito um trabalho para mim e pegou no nenê." (Mara,42 anos)

Esta percepção da incapacidade das outras terapêuticas face à doença, no caso a medicina oficial, não significa a perda da legitimidade destes outros recursos. É um julgamento que se limita ao caso específico que está em questão. Significa que esta determinada doença (que envolve não apenas suas manifestações físicas mas também sua história), por envolver poderes sobrenaturais, é de competência da religião e não da medicina oficial ou de qualquer outro recurso. O ter sido *desengado* pelo médico coloca o especialista religioso numa relação de concorrência com a terapêutica da medicina oficial. O diagnóstico do médico, entendido como tal pelo paciente - *desengado* - é contraposto ao diagnóstico e à previsão do especialista religioso - ter sido *embruxado e melhorar*.

Mas, se por um lado, há esta relação de concorrência entre as duas terapêuticas, o recurso a uma delas não exclui a outra, podendo até mesmo se dar de forma simultânea. Como é o caso por exemplo, de uma outra informante que também diz ter um filho *desengado* pelo médico:

"O doutor desenganou o menino. Disse que ele tinha que baixar senão não ia resistir. Antes de deixar ele no hospital passei numa casa de Umbanda. A mulher lá disse que ele estava ruim mesmo mas que depois iria melhorar. Ela disse que era para mim botar ele no hospital que os guias iam ver ele lá e que falavam do jeito deles se ele estava bem ou não. Levei então ele para o hospital, ficou baixado lá. Mas foi os trabalhos que

a mãe-de-santo fez que salvou o menino, porque ele estava ruim mesmo. Foi um trabalho que fizeram para ele". (Marta, 38 anos)

Como o depoimento acima evidencia, a terapêutica religiosa pode se dar de forma simultânea com a terapêutica médica. Entretanto, a partir do momento em que a doença é identificada como tendo uma causa sobrenatural a sua cura é atribuída ao especialista que tem competência para agir neste domínio. Assim, não foi o fato de ter recebido cuidados no hospital que *salvou* a criança, uma vez que esta já tinha sido *desenganada* pelo médico, mas os *trabalhos* feitos pelo especialista religioso, que afirmou que a criança iria *melhorar*. A atribuição da cura ao especialista religioso representa também a vitória de um recurso profano sobre um recurso oficial. Como já foi salientado no capítulo anterior, a percepção do diagnóstico médico como sendo *desengano* coloca um desafio para a mãe e representa, ao mesmo tempo, caso a criança *se crie*, uma vitória de um profano - a mãe - sobre um especialista - o médico.

Mas o depoimento acima também aponta para uma outra especificidade do recurso de cura religioso, que é seu limite em relação à atuação da medicina oficial. Neste sentido, a terapêutica religiosa toma para si, por um lado, os casos que a medicina é percebida como se considerando incapaz de curar e, por outro lado, ela se vê obrigada a submeter suas práticas ao próprio espaço de atuação da medicina oficial - o hospital - apesar de considerar o tipo de doença como sendo de sua competência. Como salienta a bibliografia sobre o tema, entre outro Loyola (1984) e Montero (1985), as práticas terapêuticas religiosas tomam sempre como referencial para o seu exercício a posição dominante da medicina oficial.

Assim, se num primeiro momento e, mais frequentemente, a procura da cura através dos recursos religiosos se dá em relação à percepção da permanência da doença e portanto, da ineficácia de outras terapêuticas sobre o caso, esta procura pode se dar também pela percepção da especificidade da situação na qual se apresentam os sintomas da doença. Neste caso, a religião pode ser o primeiro recurso de cura acionada visto que é a própria situação que identifica a doença como sendo causada através da mobilização de forças sobrenaturais. A narrativa de uma informante quando questionada a respeito de uso de recursos religiosos ilustra esta percepção:

"Acredito sim, porque já aconteceu comigo. Quando eu morava lá na vila, eu fui lavar roupa na vizinha de noite. Daí eu esperei o meu marido chegar na casa da prima dele para me pegar.(...) Fomos para casa e a primeira coisa que nós fizemos foi se deitar. Ai começou aquela coisa, aquelas coceiradas na minha cabeça. Começou na cabeça e ai até os pés.(...) Já tinha passado uma semana e eu não comia, não fazia mais nada, estava com aquilo (...) Daí o meu marido mandou chamar a Marli, essa que é batuqueira lá na vila. Ela disse que era aqueles pó que tinham largado encima da minha cama, que era para mim morrer na mímica. Disse que tinham inveja de mim porque eu era muito feliz naquela vila (...) Daí ela [a mãe-de-santo] fez aquilo e no outro dia amanheci boa daquilo ali, que era coisa que tinham feito para mim.(...) Eu tive que comprar essa coisas de batuque, daí ela passou em mim e foi o que eu melhorei". (Júlia, 22 anos)

Como evidencia este depoimento, é a especificidade da situação que identificou a doença como sendo de competência de um especialista religioso - a *batuqueira*. As relações de vizinhança, o *ser feliz* e a manifestação inesperada e intensa dos sinais da doença - *coceira* - bastaram para vincular esta como sendo provocada por uma terceira pessoa que, por determinadas razões - *inveja* - aciona meios mágicos ou religiosos para atingir o doente. A percepção do uso de meios mágicos ou religiosos - que apelam para forças sobrenaturais - exige como resposta o uso de recursos do mesmo gênero a fim de neutralizar os efeitos provocados pelos primeiros.

Também determinados comportamentos que são percebidos como não normais, mas que não chegam a ser considerados enquanto doença e que não possuem uma explicação "natural" para tanto, podem ser atribuídos a uma causa sobrenatural. Estes são percebidos de forma difusa pelos entrevistados, que não buscam uma explicação coerente para tal. Como expressa, por exemplo, uma entrevistada ao se referir aos motivos que fazem uma pessoa beber em excesso: "Eu acho que tem que ser alguma coisa forte, assim, que puxa". Nestes casos em que é difícil construir uma explicação que dê sentido para os comportamentos em questão, é frequente o apelo aos recursos religiosos. Mais que descobrir a verdadeira causa destes comportamentos, importa recuperar o estado normal das

coisas - a ordem<sup>18</sup>. É assim que uma outra informante, apesar de não saber explicar porque seu marido bebe tanto, afirma que foi procurar a ajuda de um especialista religioso:

"Me ensinaram lá [na *casa* de Umbanda] um trabalho para fazer ele parar de beber. O exú disse que é para pegar o resto da cachaça dele, colocar a mesma medida de óleo de rícino e jogar aquilo tudo numa encruzilhada e sair correndo, sem olhar para trás". (Olga, 38 anos)

Nestes casos, o recurso à religião deve ser considerado não apenas no que se refere às manifestações específicas da doença, mas sobretudo ao tipo de relação que se estabelece com o especialista religioso em oposição àquela estabelecida com o médico. O especialista religioso, por não estar tão distante socialmente e por compartilhar do mesmo sistema simbólico dos pacientes, não demanda uma justificativa para estes comportamentos e nem faz uma cobrança moral destes, como é feito pela medicina oficial, ao condenar moralmente determinados comportamentos, como por exemplo, o *beber*<sup>19</sup>. E, por outro lado, a terapêutica religiosa é também mais adequada ao próprio sistema de valores e habitus dos pacientes. Por exemplo, no caso relatado acima, a terapêutica religiosa é possível pois a mulher pode fazer um *trabalho* para que o marido deixe de beber, ao passo que a terapêutica médica provavelmente seria inviável, uma vez que exige a presença e participação do próprio doente.

## 2.2. Avaliação dos Recursos Religiosos

Os especialistas religiosos são avaliados, da mesma forma que os médicos, pela adequação ou não do diagnóstico e da terapêutica prescrita à doença. O que é medido através do desaparecimento das manifestações da doença em um

---

18 Sobre a concepção da doença enquanto *desordem* dentro da Umbanda ver Montero, 1985.

19 A respeito da relação de proximidade que os membros das classes populares mantêm com os especialistas da medicina popular em oposição a relação de distância social que estabelecem com os representantes da medicina oficial ver também Boltanski, 1984; Loyola, 1984 e Montero, 1985.

tempo determinado. Os *remédios* ou os *trabalhos* indicados pelos pais e mães-de-santo ou pelas próprias divindades (através de sua manifestação entre os homens pela incorporação) são considerados bons ou ruins de acordo com sua eficácia, como expressa uma informante:

"Uma vez passei um monte de remédio na cabecinha do André por causa de umas feridinhas que ele tinha. Mas nenhum adiantou. Levei então ele lá na casa [de umbanda] e o preto-velho mandou lavar a cabeça dele três vezes por dia com chá de marcela. Dentro de dois dias as feridas tinham curado. Este remédio funcionou mesmo, uso ele até hoje. Lavo qualquer ferida com chá de marcela" (Sara, 40 anos)

Neste caso, o *remédio* do *preto-velho* é avaliado positivamente na medida em que resolveu, na percepção do paciente, o problema, ou seja, ele *funcionou*. O depoimento também aponta para uma comparação entre os *remédios* oficiais - comprado na farmácia ou receitado pelo médico - e o *remédio* receitado na terapêutica religiosa. Se, por um lado, ambos aparecem iguais enquanto *remédios*, por outro lado, o *remédio* religioso é percebido como melhor visto que foi mais eficaz que o outro.

Mas assim como os *remédios* podem ser iguais, também o especialista religioso pode ser igualado ao médico. O que vai diferenciar estes dois especialistas é a eficácia que conseguem obter, isto é, a sua capacidade de *acertar* tanto o diagnóstico como a terapêutica. Neste sentido, se o especialista religioso toma para si um caso que não é da sua competência ele é avaliado de forma negativa. O relato de uma informante ilustra esta percepção:

"A minha primeira guria logo que nasceu ficou doente. Eu não sabia o que era, ela não chorava, só tinha dor de barriga. Fui até no batuque, porque eu não sabia o que fazer. Lá disseram que era batuque que eles tinha feito para mim, e pegou no nenê. Mas não era nada, era mentira. Ela não melhorou. Daí um amigo disse que era para levar a guria no hospital. O médico disse que era desidratação e baixou ela. No outro dia quando eu cheguei lá ela já estava melhorzinha". (Júlia, 22 anos)

Aqui, apesar de ter sido a mãe quem foi procurar o especialista religioso, é este que agiu de forma incorreta na medida em que diagnosticou

erroneamente a doença, isto é, tentou resolver um caso que não era da sua competência. A informante não se considera responsável por esta situação na medida em que, como não conseguiu identificar os sinais no seu repertório de doenças, só poderia atribuir a esta uma possível origem espiritual. O especialista religioso é ainda considerado *mentiroso* pois supostamente sabia que não se tratava de uma doença com causas sobrenaturais, mas sim de uma doença de causas "naturais". O diagnóstico do médico - *desidratação* - é avaliado como correto na medida em que sua terapêutica obteve eficácia, ao passo que a terapêutica religiosa foi ineficaz para o caso.

Entretanto, a avaliação negativa de um especialista religioso não implica na negação deste recurso de cura. Por exemplo, a informante do relato acima, afirma que tornou a procurar este recurso de cura para outros casos, nos quais obteve eficácia, salienta contudo que foi a uma outra *casa*. A estratégia utilizada aqui é a mesma usada para os casos em que o médico *não acerta*, ou seja, troca-se de *casa*<sup>20</sup>. Como afirma uma entrevistada:

"Eu antes ia na Igreja Católica mas agora estou indo numa casa de umbanda lá no Partenon. Já fui também naquela ali na Ouro Preto, mas não me acertei lá. Nesta outra que estou indo agora já fiz um trabalho e deu certo. Minha filha também andava ruim, como uns problemas, fez uns trabalhos e resolveu. Não tem mais nem dor-de-cabeça." (Sandra, 40 anos)

Como o depoimento aponta, as *casas* são avaliadas pela sua eficácia, se correspondem às expectativas dos clientes, são consideradas *boas*, caso contrário, muda-se de *casa* ou mesmo de religião. Esta mobilidade que se dá tanto dentro de uma mesma religião, como também entre as diferentes religiões caracteriza a relação específica que as classes populares mantêm com a religião, onde o caráter pragmático é um aspecto importante, sobretudo no que se refere à doença.

---

20 Para o caso das religiões afro-brasileiras, tais como a umbanda ou o batuque, pelo fato do especialista consultado ser em geral o pai ou a mãe-de-santo, que são, ao mesmo tempo, os chefes das *casas*, mudar de especialista implica também mudar de *casa*. Para uma análise da organização destas *casas* ver, entre outros, Ortiz, 1978 e Montero, 1985.

## CAPÍTULO V

### SAÚDE COMUNITÁRIA:

#### Uma Concepção de Medicina

A fim de compreender as relações e representações que os moradores da Vila Dique possuem da medicina oficial e do médico enquanto representante desta medicina, é preciso considerá-las no contexto no qual são produzidas, ou seja, a que médicos e a que instituições de saúde estão se referindo. Como já foi salientado no capítulo anterior, a medicina oficial, apesar de não ser o único recurso de cura procurado, é percebido como um recurso legítimo a quem é destinado uma área específica de competência - aquela das *doenças graves*. Da mesma forma que há uma seleção de qual recurso de cura recorrer - realizada de acordo com a percepção que a pessoa tem da doença e de sua história - há também uma seleção entre os diferentes recursos da medicina oficial.

É assim que, de uma forma geral, a população da Vila recorre ao *Hospital* quando se trata de uma *doença grave* (ou ainda quando percebe que a terapêutica médica exige recursos que se encontram disponíveis nesta instituição, como por exemplo exames e remédios) e ao *Postinho* para aquelas doenças percebidas como mais comuns - *coisas leves*. Mas, o fato do Posto de Saúde ser considerado como ocupando uma posição hierarquicamente inferior - em termos de competência - em relação ao Hospital, não significa que ele seja desprezado ou menos procurados pelos moradores da Vila. O *Postinho* tem uma área de atuação

bem delimitada em torno das *coisas leves* que, por serem também aquelas doenças mais recorrentes no cotidiano das pessoas, faz dele um dos recursos da medicina oficial mais procurados pelos moradores da Vila.

Entretanto, a relação que os moradores da Vila mantêm com o Posto de Saúde, com os médicos e mesmo suas representações a respeito da medicina oficial é marcada por dois aspectos específicos. Primeiro, pela própria concepção de saúde e proposta de atuação dos profissionais vinculados ao Posto. E segundo, pelo fato de já ter existido um Posto de Saúde na própria Vila e pelo conflito desencadeado entre lideranças locais e os médicos que atuavam neste Posto. É somente a partir da análise destes dois aspectos que as representações e a relação entre a população da Vila e os profissionais da saúde pode ser apreendida, isto é, inscritas nas condições sociais que em são produzidas.

Neste capítulo, abordo as questões referentes ao Posto de Saúde da Vila Floresta e aos profissionais que nele atuam: como surgiu o Posto, que vínculos que este mantém com outras instituições de saúde, que concepção de saúde e medicina defende, qual sua proposta de atuação e quais os interesse e objetivos em questão nestas práticas e suas relações com a "comunidade". Reservo para o próximo capítulo as considerações a cerca do *Postinho da Dique*, desde sua implantação até o significado que este representou tanto para os moradores da Vila como para os médicos, bem como a análise dos diferentes fatores envolvidos no conflito desencadeado entre médicos e a *comunidade*.

### **1. O Serviço de Saúde Comunitária**

Quando os moradores da Vila falam hoje que foram consultar no *Postinho* estão se referindo ao Posto de Saúde localizado na Vila Floresta (vila vizinha à Vila Dique), pois não há atualmente nenhum serviço da medicina oficial instalado no própria Vila Dique. Conforme dados levantados para este estudo, a população da Vila Dique que o Posto da Vila Floresta atende atualmente constitui cerca de 50% da demanda geral em termos de consultas médicas.

O Posto de Saúde localizado na Vila Floresta é vinculado ao Hospital Nossa Senhora da Conceição, um dos três hospitais que constituem o Grupo Hospitalar Conceição. Este Grupo por sua vez consiste em um dos maiores

complexos de hospitais públicos do País sendo responsável por grande parte do atendimento ambulatorial e hospitalar da Grande Porto Alegre<sup>1</sup>.

Entretanto a relação do Posto da Vila Floresta com o Grupo Hospitalar Conceição se dá especificamente através do Serviço de Saúde Comunitária (SSC). É também em torno deste que se define a concepção de saúde e medicina e a proposta de atuação específica dos profissionais vinculados ao Posto.

A proposta de formação do Serviço de Saúde Comunitária teve início em 1980, com a criação de uma Residência em Medicina Geral. Mas foi somente em 1983, através da instalação da Unidade de Medicina de Família no Hospital Nossa Senhora da Conceição, que ele se concretizou enquanto um "serviço", ou seja, que se organizou e materializou a fim de oferecer serviços de saúde a uma determinada população. Em 1984, é elaborado um projeto de ampliação do Serviço de Saúde Comunitária através da abertura de novos postos de saúde e da "extensão" deste para outros bairros da cidade e mesmo outros municípios da região da Grande Porto Alegre<sup>2</sup>.

Assim, em 1985 é implementado uma nova Unidade localizada na Vila Floresta (a que chamo neste trabalho de Posto de Saúde da Vila Floresta) e outra na Vila Dique, que atualmente não existe mais<sup>3</sup>. Outras duas Unidades ainda fazem parte desta expansão do SSC a Unidade da Vila Divina Providência, criada em 1986 e a Unidade da Vila SESC, criada em 1990<sup>4</sup>. Esta expansão do Serviço de

- 
- 1 De acordo com um documento elaborado pelo Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, este complexo hospitalar é responsável por 40% do atendimento ambulatorial e hospitalar da região da Grande Porto Alegre. Segundo uma publicação do próprio Grupo Hospitalar Conceição, este atende através de seus hospitais e postos de saúde, cerca de 1,5 milhões de consultas ao ano (*O Grupo*, Ano XII, N.63, out. 1990).
  - 2 Para uma descrição detalhada desta ampliação, bem como de sua justificativa, ver Projeto de Ampliação do Sistema de Cobertura Integral à Saúde da Comunidade, SSC, 1984.
  - 3 É interessante notar que em um documento produzido recentemente por membros da equipe de profissionais do SSC, que faz uma apresentação oficial da expansão do Serviço, não é mencionado como parte desta expansão a Unidade implantada no ano de 1985 na Vila Dique, que embora atualmente não exista mais, fazia parte do projeto inicial de expansão do SSC. Ver Projeto de Ampliação do Sistema de Cobertura Integral à Saúde da Comunidade do SSC, 1984; e Descrição do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 1990.
  - 4 Para uma análise da Unidade da Vila Divina Providência, mais conhecida como Posto do Valão, e da influência que a atuação desta exerce sobre as práticas de saúde da população da vila ver Victora, 1991.

Saúde Comunitária se deu dentro de uma área definida que compreende algumas vilas da Zona Norte da cidade de Porto Alegre (ver mapa em anexo).

É importante salientar que todo este processo de ampliação do Serviço de Saúde Comunitária e mesmo sua existência atual está diretamente relacionado com as relações que este mantém com os representantes do Grupo Hospitalar Conceição. Estas relações são bastante complexas e envolvem interesses e representantes de diferentes campos, tais como o campo político e o campo médico. Assim se em alguns momentos o Serviço de Saúde Comunitária consegue fazer com que a direção do Grupo Hospitalar Conceição, por interesses políticos, se coloque ao lado de sua proposta - que se expressa sobretudo através de verbas para o Serviço - em outros momentos os representantes desta direção podem se posicionar contrários ao Serviço de Saúde Comunitária, em decorrência da posição que ocupam no campo médico e de interesses próprios a esta posição - como por exemplo no caso da defesa da privatização dos serviços de saúde. O depoimento de um médico vinculado a este Serviço expressa esta relação:

"A posição da direção do Hospital variou um pouco, dependendo da direção. A gente cresceu por interesse político do A. Mas foi por isso e pelo envolvimento comunitário que a gente teve, que se juntou ao interesse político dele. (...) Quando a gente fez a expansão para cá, ele veio falar com a comunidade, bem político".

Assim, o Serviço de Saúde Comunitária está submetido institucionalmente à direção do Grupo Hospitalar Conceição, mas ao mesmo tempo, esta relação ultrapassa os aspectos institucionais e coloca em questão interesses tanto do campo político como do campo médico. Isto porque o Serviço de Saúde Comunitária tem uma concepção de saúde e uma proposta de atuação que, se por um lado, vai de encontro as concepções dominantes tanto no campo médico quanto nas políticas de saúde, por outro lado, esta proposta - por pressupor um "envolvimento comunitário" - pode ser utilizada para alcançar determinados objetivos políticos imediatos, como são as situações de eleições de representantes políticos.

Esta possibilidade de utilização do Serviço de Saúde Comunitária para fins políticos eleitorais marca de forma significativa as relações que o Serviço

mantém com a direção do Grupo Hospitalar Conceição e com os representantes das políticas públicas. Da mesma forma que pode também estar presente nas relações que os membros do Serviço de Saúde Comunitária estabelecem com as entidades de caráter representativo dos locais onde atuam, como por exemplo as Associações de Moradores e os Clubes de Mães. Mas, se em determinadas situações, esta possibilidade é acionada positivamente, a fim de obter determinados ganhos para o próprio Serviço - como a instalação de mais uma Unidade - em outras situações ela é percebida de forma negativa, traduzindo-se por um sentimento compartilhado entre os profissionais vinculados ao Serviço de que sua prática foi *usada* para fins outros do que aqueles a que se propunham.

### **1.1. A Proposta do Serviço de Saúde Comunitária:**

#### *Prevenção e Educação*

O que caracteriza o Serviço de Saúde Comunitária e os profissionais vinculados a ele é, principalmente, sua proposta de atuação. A partir de uma crítica ao modelo dominante no sistema de saúde em vigor no país, o Serviço de Saúde Comunitária tem como um de seus objetivos o de apresentar uma nova proposta de organização dos serviços de saúde. As principais críticas dirigidas ao atual sistema de saúde dizem respeito sobretudo a ênfase dada por este a *atenção secundária*, ou seja, ao aspecto curativo da doença; a dissociação dos aspectos físicos, psicológicos e sociais relativos a saúde; a desconsideração das necessidades e opiniões da *comunidade* na estruturação dos serviços; a ênfase na formação de

especialistas; o atendimento descontínuo e fragmentado; a baixa eficiência destes serviços; o difícil acesso decorrente a centralização dos serviços<sup>5</sup>.

Em oposição às características destacadas deste modelo dominante, o Serviço de Saúde Comunitária - baseado na proposta da Medicina Comunitária e na experiência desenvolvida pela Unidade Sanitária São José do Murialdo em uma Vila da cidade de Porto Alegre, a primeira neste tipo de serviço - se propõe a prestar um serviço de atendimento na área da saúde diferente<sup>6</sup>. Assim, define como principais características deste novo sistema: a *descentralização* dos serviços de saúde em Postos destinados a atender uma determinada população, ou seja, a delimitação de uma área geográfica específica de atuação, a que denomina *comunidade*; a ênfase nas *atividades preventivas e educativas*; o atendimento pelo *médico geral* e de *família*, e por uma equipe multiprofissional que visa promover um atendimento *integral e contínuo*; o *fácil acesso* e a *participação comunitária*, isto é, a participação da *comunidade* na implementação e avaliação dos serviços<sup>7</sup>.

Mas, se de uma forma geral, esta proposta do Serviço de Saúde Comunitária se opõe à proposta de saúde e medicina dominante em termos de instituições e políticas de saúde, de uma forma mais específica, ela coloca em oposição também os profissionais entre si (especialmente os médicos), ou seja,

- 
- 5 A respeito da crítica ao modelo de centralização hospitalar dos serviços de saúde - no contexto francês - que emana sobretudo, dos médicos generalistas, por serem aqueles que mais de perto sofrem as consequências deste modelo, ver Aurliaud, 1987.
- 6 É interessante salientar que a proposta de Medicina Comunitária surgiu na década de 60, nos Estados Unidos, vinculada ao Estado com a finalidade de racionalizar os serviços de saúde e, simultaneamente, cumprir a função de controle social. Neste sentido é que foi dirigida principalmente para a população dos "guetos". No Brasil, a Medicina Comunitária surge vinculada a tentativa de reativação do sistema de saúde pública. A proposta da Medicina Comunitária, apesar de ser elaborada a partir do modelo estabelecido para as populações da área rural (pela V Conferência Nacional de Saúde), se volta especificamente para as chamadas questões urbanas. Para uma análise a respeito da origem da Medicina Comunitária e sua vinculação com as políticas estatais, ver Donnangelo, 1976; Pellegrini et al, 1978; Cordoni, 1979.
- 7 Para uma descrição mais detalhada das características do Serviço de Saúde Comunitária ver Projeto de Ampliação do Sistema de Cobertura Integral à Saúde da Comunidade, 1984. Sobre a experiência da Unidade Sanitária Murialdo ver Busnello, 1976.

confronta diferentes posições no campo médico. No caso do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição esta oposição pode ser percebida claramente em sua manifestação na oposição estabelecida, mas muitas vezes não explicitada, entre os médicos que trabalham nos diferentes Serviços dentro dos hospitais e os médicos que atuam nos Postos de Saúde do SSC localizados nas vilas<sup>8</sup>. Os médicos do SSC evidenciam a percepção desta oposição como ultrapassando as questões de relacionamento pessoal e sendo função de diferentes concepções de medicina e de organização do trabalho médico, isto é, às diferentes posições ocupadas no campo médico, como expressam os depoimentos de dois médicos transcritos abaixo:

"Se eu falar com alguém lá do hospital, eu ou outra pessoa do Serviço, as pessoas falam normal. Mas quando se está falando do Serviço, eu acho que, no geral, o Serviço não é muito bem visto. Aí a gente se pergunta muito por que? **Será que a medicina geral comunitária, que está com o Serviço de Saúde Comunitária, chega a ser uma afronta?** Porque a princípio a gente cumpre horário e isto chega a ser uma afronta para os outros serviços que não cumprem? Porque a gente está **tirando paciente dos outros**, será que é isto? Ou enfim, porque os **nossos pacientes não pagam**, são pessoas mais ou menos pobres, será que é isto? **Será que é o medo que esta proposta um dia dê certo e vá contra a medicina privada?** Eu acho que é um pouquinho de cada coisa."

"Eu acho que existe uma **discriminação só por ser médico geral comunitário**, o que é isto? Eu não entendo muito bem por que eles têm uma resistência tão grande a nós. Antes eles colocavam aquela coisa de marajá, que a gente ganhava muito e tal. E apesar de que se a gente estivesse ganhando como ganhava no início, não era um bom salário assim. Era um bom salário, mas as pessoas que trabalham 4 ou 6 horas dentro do hospital eles não cumprem isto. Porque **lá é um bico e nós temos uma proposta de trabalho**. Nos tínhamos dedicação exclusiva.(...)Acho que poucas pessoas têm consciência da proposta que a gente tem, pouquíssimas pessoas. Assim,

---

8 Loyola destaca a relação entre a posição que os médicos ocupam na hierarquia social e institucional e o *quantum* de capital cultural e econômico que detém. Conforme a referida autora "o grau de inserção dos médicos nas instituições profissionais sustentadas direta ou indiretamente pelo Estado (hospitais, clínicas, etc.) está ligado ao volume do capital econômico, social e escolar que possuem: quanto maior for o volume destes capitais, mais importantes serão suas funções institucionais, mais sua prática será especializada, burocratizada..." (Loyola, 1984:19).

especialistas que vinham assim... **Porque se a idéia crescer e tal, meio que o consultório particular vai por água abaixo"**

Como fica evidente através dos depoimentos, o que está sendo confrontado entre os médicos que atuam dentro dos hospitais e aqueles vinculados ao Serviço de Saúde Comunitária são diferentes posições dentro do campo médico. Assim, enquanto que os primeiros ocupam uma posição dominante no campo médico pois compartilham do discurso dominante neste campo, ou seja, são, em geral, médicos especialistas, defensores da medicina privada e sua prática visa reforçar o sistema de saúde dominante; os segundos, se encontram numa posição dominada no campo médico - são *discriminados* - são médicos gerais, defendem uma medicina pública e negam este sistema dominante, ao menos alguns aspectos deste<sup>9</sup>. Neste sentido, a proposta do Serviço de Saúde Comunitária funciona como um elemento de identidade entre estes profissionais dominados no campo médico e contrapõe a posição dominante, uma outra prática e um outro discurso<sup>10</sup>.

De uma forma geral, as atividades que os profissionais da saúde vinculados ao Serviço de Saúde Comunitária se propõe a desenvolver são divididas em dois tipos: as atividades de ambulatório, que consistem basicamente nas consultas médicas e o chamado *trabalho comunitário*, que engloba todas as atividades feitas fora do Posto, ou seja, na *comunidade*, tais como o trabalho em escolas, os grupos de auto-ajuda, visitas domiciliares, reuniões com Associação de Moradores e outras entidades representativas. O próprio horário de trabalho dos

---

9 Na perspectiva adotada por Arliaud (1987) a forma de hierarquização do "corpo médico" na França, aparece relacionada, sobretudo, com a criação dos hospitais universitários e a ascensão da especialização. Esta divisão técnica da profissão tem como consequência uma divisão social do corpo médico. No caso que se apresenta neste trabalho, o material etnográfico aponta para uma relação entre a posição ocupada no campo médico e a estrutura das diferentes formas de capitais dos agentes (capital social, econômico, escolar).

10 A formação de uma identidade própria do grupo em torno de uma concepção de específica de medicina, é também salientada por Arliaud em relação a constituição do Sindicato de Medicina Geral na França. O autor destaca também que esta concepção específica da prática médica se dá mais em função de uma crítica política das práticas dominantes no meio médico do que um por um questionamento do saber médico. A este respeito ver Arliaud, 1984.

médicos é organizado em torno destes dois tipos de atividades, sendo que do total da carga horária metade deve ser dedicada as atividades ambulatoriais e a outra metade reservada as atividades *comunitárias*<sup>11</sup>.

## 2. O Posto da Vila Floresta

Como parte do Serviço de Saúde Comunitária e, portanto, compartilhando da concepção de medicina e de prática médica proposta por este Serviço, o Posto da Vila Floresta é tomado aqui como exemplo da atualização e colocação em prática destas concepções. É no cotidiano do Posto, na relação dos profissionais da saúde com os pacientes e com representantes da *comunidade*, nas relações entre estes diferentes profissionais, na relação do Posto com as outras Unidades e com o SSC, que estas concepções se manifestam e se atualizam. Neste sentido, todas as oposições e diferentes posições que são percebidas num nível geral ao se considerar por exemplo, o campo médico, tais como a ênfase no aspecto técnico e a ênfase no aspecto social, se apresentam de forma específica no nível mais restrito do Posto.

O Posto da Vila Floresta, da mesma forma que o campo médico, ao mesmo tempo que apresenta esta diversidade e oposições internas, dispõe de formas de coesão. Estas últimas se manifestam em diversas situações tais como, quando a existência do Posto é colocada em questão ou quando está se contrapondo a uma posição exterior, como por exemplo a posição das outras Unidades do Serviço de Saúde Comunitária. Esta coesão é apresentada através da designação *equipe da Vila Floresta*. Assim por exemplo, quando os representantes do Posto da Vila Floresta estão se contrapondo a uma determinada tomada de posição da diretoria do SSC podem acionar, para legitimar sua postura, a coesão do grupo, afirmando que é uma *posição de equipe*.

---

11 É interessante notar em relação a isto que os médicos do Serviço de Saúde Comunitária possuem um contrato de 8 horas diárias, sendo que o contrato normal é de 4 horas e as outras 4 horas são pagas em forma de hora-extra. É por esta razão que são acusados de "marajás" pelos médicos do hospital que possuem um contrato normal.

## 2.1. A *equipe* do Posto da Vila Floresta

A *equipe* de profissionais que atuam no Posto da Vila Floresta é formada por diferentes profissionais. Compõem atualmente a *equipe*: seis médicos, uma enfermeira, uma assistente social, uma odontóloga, duas auxiliares administrativas, duas auxiliares de limpeza, quatro auxiliares de enfermagem e duas agentes de saúde comunitária. Além disto o Posto conta, em determinados horários, com o atendimento de um médico especializado em medicina interna e com o atendimento prestado pelos *residentes*<sup>12</sup>. Esta *equipe* é coordenada pela *chefia* do Posto, que é quem representa o Posto perante a direção de Serviço de Saúde Comunitária<sup>13</sup>.

O trabalho em *equipe* é uma das características destacadas como diferenciadora do tipo de atuação do Serviço de Saúde Comunitária em relação aos demais serviços públicos de saúde. Ele tanto pode ser percebido em termos de divisão das tarefas como em termos de um avanço qualitativo nos objetivos do Serviço, tais como o atendimento integral e a não dissociação dos diferentes aspectos da saúde. Para os médicos especialmente, a integração de novos profissionais representou até mesmo uma redefinição de sua função, visto que a imagem do *médico geral* que dominava até então era a de um profissional que deveria atuar em todos os domínios relacionados com a saúde e a doença. A

---

12 Residentes é a denominação dada aos médicos recém formados que estão fazendo sua formação numa determinada área da medicina, no caso, em medicina geral comunitária. No Posto os residentes cumprem um determinado horário de atendimento ambulatorial onde contam com a supervisão de um dos médicos e devem reservar um horário para as atividades *comunitárias*. O SSC conta ainda com uma assessoria na área de epidemiologia. Contava também com a assessoria para a área de psiquiatria e atendimento psicológico, o que foi extinto no final de 1990, por determinação da direção do Grupo Hospitalar Conceição. Além disto existem ainda alguns estudantes do último ano do curso de medicina que realizam estágios nas Unidades do SSC.

13 A escolha para o cargo de *chefia* é feita através de eleições diretas entre os membros da *equipe*. Desde a criação do Posto, este cargo sempre tinha sido ocupado pelos médicos. Nas últimas eleições foi eleita uma enfermeira para ocupar o cargo, fato que é apresentado pela equipe como um marco importante na história do SSC.

definição de *médico geral* apresentada em um documento do próprio Serviço de Saúde Comunitária evidencia esta concepção:

"O Médico geral é um profissional habilitado em medicina que proporciona atendimento pessoal e continuado a indivíduos, famílias e populações delimitadas independente da idade, sexo ou enfermidade. É a síntese destas funções que é única. Ele vai atender seus pacientes no consultório, em domicílio e em clínicas ou hospitais. Sua intenção é fazer prevenção, diagnósticos precoces e educação para a saúde. Incluirá e integrará os fatores físicos, psíquicos e sociais em suas considerações sobre saúde e doença..." (Projeto de Ampliação do Sistema de Cobertura Integral à Saúde da Comunidade, 1984).

No início, o Serviço de Saúde Comunitária só contava com médicos que, além de cumprirem as funções de *médicos gerais*, tinham que desenvolver ainda as *atividades comunitárias* a que se propunha o Serviço. Não era só o *médico geral* que estava sendo confrontado com o médico especialistas, mas sim uma outra concepção de medicina e de organização dos serviços de saúde que buscava se impor ao modelo dominante. O depoimento de uma médica entrevistada ilustra este esforço:

"Quando a gente começou aqui estava tudo muito centralizado na figura do médico, porque só tinha médico. Foram contratados médicos, existia um serviço de médicos. E a idéia do T. era que a gente tinha que ser superdotado. Então tu tinhas que ser agente comunitário de saúde, mesmo que tu não tivesses claro esta denominação. Mas tu tinhas que fazer aquelas coisas que poderia outras pessoas fazer. Tu tinhas que ser assistente social e entender de tudo, tu tinhas que ser... tratar também para dar higiene oral das pessoas, tinhas que ser psicólogo... O serviço então durante um bom tempo não se preocupava... se preocupava, mas não de fato, em formar uma equipe multiprofissional. E eu acho que com o tempo a gente ganhou isto, acho que nosso serviço está praticamente completo em relação a uma equipe multidisciplinar. Se a gente trabalha bem como equipe multiprofissional a gente está todos os dias aprendendo alguma coisa".

A formação de uma *equipe* de trabalho com diferentes profissionais, especializados ou não, redefiniu a função do *médico geral comunitário* e, ao mesmo tempo, estabeleceu outras relações sociais - seja entre os membros da equipe, seja

destes com os pacientes e mesmo entre o Posto e a *comunidade*. As relações sociais dentro do Posto que antes se apresentavam apenas em dois níveis - médicos/médicos e médicos/pacientes - se complexificam.

A entrada de diferentes profissionais na *equipe* trouxe consigo a hierarquização destes. De uma forma geral, esta hierarquização reproduz a hierarquização dominante na sociedade. Os diferentes profissionais são hierarquizados primeiramente por sua formação escolar e divididos em dois grandes grupos: *técnicos* e *não-técnicos*. Um segundo princípio desta hierarquização é o prestígio ou valor atribuído socialmente a estas profissões ou as tarefas que executam. Assim, os *técnicos* se dividem entre os *médicos* e os *não-médicos*, enquanto que a classificação dos *não-técnicos* vai das profissões que desenvolvem tarefas mais vinculadas a medicina, como por exemplo os auxiliares de enfermagem, àquelas cujas tarefas são as mais desclassificadas socialmente, como a limpeza.

## 2.2. A Diferença do Posto da Vila Floresta

É a partir desta proposta geral do Serviço de Saúde Comunitária que os profissionais da saúde orientam suas práticas no cotidiano do Posto e da Vila. É também por se engajarem nesta proposta que destacam como fundamental a *diferença* desta em relação a prática dos demais profissionais e instituições de saúde públicas. Esta *diferença* é qualificada, por um lado, pela concepção que possuem de saúde e da medicina, e por outro, pela *comunidade*, que é o que caracteriza e, ao mesmo tempo, viabiliza esta *diferença*. Dessa forma, ao definirem o que caracteriza suas práticas, os médicos do Posto de Saúde da Vila Floresta destacam estes elementos, como pode ser visto pelos depoimentos abaixo:

"A tentativa de que cada médico tenha seu paciente, cada paciente tenha seu médico (...). A característica de ficar mais tempo a disposição da comunidade, que nos outros postos são coisas muito limitadas. E essa característica do discurso, de trabalhar com as coisas preventivas(...). Eu acho que uma coisa que nos diferencia também é (...) o jeito de pensar diferente dos nossos profissionais. Um médico daqui não pensa igual a um médico de um posto da secretaria da saúde".

"Para mim é fundamental tu **determinar a área de atuação** para fazer um bom trabalho, isso é uma coisa que os outros serviços não têm. E outra coisa é que tu tem que trabalhar o curativo e tem que **trabalhar o preventivo também**. E o curativo é aquela coisa imediata e o **preventivo é aquela coisa a longo termo, para sempre, transformadora mesmo**. E acho que essa é a principal característica daqui, que os outros não tem, atendem só o curativo".

Este *jeito de pensar diferente* dos profissionais que atuam no Posto de Saúde se caracteriza por uma concepção que vincula a saúde às condições sócio-econômicas da população e que supõe, portanto, que as ações a respeito da saúde e doença devem atingir também estas condições<sup>14</sup>. É neste sentido que defendem uma *medicina preventiva* - que se propõe a agir sobre as condições que determinam o estado de saúde, buscando desta forma evitar a doença - em oposição a *medicina curativa* que limita sua ação à doença e ao corpo do indivíduo doente<sup>15</sup>. Este *trabalho preventivo* a que os profissionais do Posto se referem, abrange desde os cuidados mais diretamente referentes a evitação de doenças - tais como cuidados higiênicos e medidas preventivas médicas, como por exemplo, a realização de exames citopatológicos a fim de fazer o diagnóstico precoce do câncer de colo de útero - até ações no sentido de prevenção de doenças num nível mais geral, que remetem à *melhora das condições de vida* da população em questão - como por exemplo as ações visando a obtenção de água, luz, esgoto e calçamento<sup>16</sup>.

---

14 Podemos aproximar neste sentido esta proposta a antiga proposta da medicina higiênica, visto que ambas tem por objeto de atuação a população e o espaço urbano. A respeito da inserção da medicina higiênica no contexto brasileiro ver Costa, 1979. Sobre o nascimento da medicina social ver Foucault, 1979. Para a análise da relação entre as ciências sociais e a medicina social ver Coradini, 1991.

15 Boltanski destaca que a *medicina preventiva*, por exigir "uma estreita colaboração entre o médico, encarregado de difundir as regras de higiene e aqueles que devem pô-las em prática", é onde a atitude autoritária do médico frente aos membros das classes populares se dá de forma mais explícita (Boltanski, 1984:45). A respeito da operacionalização do conceito de saúde pela medicina moderna em contraposição ao conceito de doença, ver Pierret, 1984.

16 Pierret (1984) destaca que na concepção de medicina que toma como elemento principal de atuação o conceito de saúde, o consumo médico se dá através da *prevenção*, isto é, através das medidas médicas a fim de evitar o aparecimento ou desenvolvimento de determinadas doenças.

Mas, se por um lado, há esta ênfase no *trabalho preventivo*, por outro lado, este só se viabiliza, na perspectiva dos profissionais da saúde, pela possibilidade que dispõem de limitar seu trabalho à uma determinada área geográfica, isto é, a uma *comunidade*. Entretanto, se a princípio, este limite se dá em termos geográficos e está diretamente relacionado com o número de habitantes por médico, ele passa a remeter para a relação que se estabelece entre os profissionais do Posto e a *comunidade*<sup>17</sup>. A *comunidade* assim, não se refere apenas aos limites geográficos, mas à rede de relações que é estabelecida pelos profissionais do Posto com determinadas pessoas a partir deste limite - com os *moradores da comunidade*.

### 2.3. Prevenção e Comunidade

É em função destas noções de *prevenção* e de *comunidade* que o Posto organiza e orienta suas práticas. De uma forma geral, as atividades realizadas pelos profissionais do Posto, especialmente os profissionais de nível superior (médicos, enfermeiro, odontólogo e assistente social), se dividem em dois tipos: o atendimento ambulatorial e o chamado *trabalho comunitário*. As atividades de ambulatório consistem basicamente nas consultas médicas e nos procedimentos de enfermagem neste nível, tais como curativos, nebulizações, medição de sinais vitais e vacinação. Já o *trabalho comunitário* engloba todas as atividades que são realizadas fora do Posto, tais como o trabalho em escolas, os grupos de auto-ajuda (como por exemplo grupos de gestantes, de mulheres e de hipertensos) e as atividades que são desenvolvidas junto as entidades de caráter representativo, como a Associação de Moradores. Até mesmo o horário de trabalho dos médicos é organizado em torno destes dois tipos de atividades, como já mencionamos, do total da carga horária, metade deve ser dedicada às atividades ambulatorias e a outra metade reservadas às atividades *comunitárias*.

---

17 Conforme o Projeto de Ampliação do Sistema de Cobertura Integral à Saúde da Comunidade, elaborado pelo Serviço de Saúde Comunitária, a previsão é de um médico para cada três mil habitantes.

Embora com ênfases diversas, as noções de *prevenção* e de *comunidade* estão presentes nos dois tipos de atividades desenvolvidas pelos profissionais do Posto. No que se refere as atividades ambulatorias, estas são, em primeiro lugar, oferecidas apenas para as pessoas pertencentes à *comunidade* na qual o Posto atua. A eficácia em termos de diagnóstico e terapêutica também está vinculada às facilidades atribuídas ao conhecimento que se tem das pessoas da *comunidade*. O trabalhar com uma *comunidade* possibilita ao médico, nesta perspectiva, "o conhecimento de fatores sociais e psicológicos que podem estar relacionados ao estado de seu paciente", além de lhe permitir ter um acompanhamento contínuo de sua terapêutica. O que evidencia também a crença destes profissionais da saúde, na função terapêutica, da fusão de uma espécie de "sociologia", "psicologia" e "medicina social".

Além disto, mesmo as atividades ambulatorias são organizadas em função da noção de *prevenção*. Tanto as consultas, que devem ser marcadas com uma determinada antecedência, como o atendimento limitado das "emergências", são organizados a fim de *educar* as pessoas no sentido da *prevenção*. Ou seja, a proposta é de que se procure *educar* as pessoas a fim de que estas saibam *prevenir* suas doenças e identificá-las precocemente, de forma que as consultas médicas possam ser planejadas antes ao próprio desenvolvimento da doença ou ao menos, antes que esta se apresente em um estágio considerado grave<sup>18</sup>.

Tomando as relações dos profissionais da saúde com a população, observa-se que, esta concepção e as práticas do Posto no sentido da *prevenção*, que atingem também os moradores da Vila Dique, vão de encontro as percepções, concepções e práticas desta população. Pois, em primeiro lugar, para os moradores da Vila Dique a doença só é percebida enquanto tal quando se manifesta através

---

18 Há toda uma discussão entre os profissionais do Posto a respeito do que deve ser considerado "emergência" e como deve se proceder a este respeito. Assim, por exemplo, enquanto que alguns médicos acham que para o tipo de atendimento de um Posto de Saúde uma febre de 39 graus já deve ser considerado "emergência", outros consideram que o que realmente é uma "emergência" deve ser encaminhado para o hospital. A respeito do poder dos médicos de "invocar a urgência" ver Freidson, 1984. Para uma consideração das práticas preventivas e do diagnóstico precoce enquanto parte da medicalização da sociedade ver Illich, 1975.

de determinados sinais, sobretudo, pela incapacidade da realização das atividades cotidianas. Antes disto, não é possível a caracterização da doença e nem mesmo possível identificar alguns sinais enquanto indicadores de uma fase inicial do processo doentil<sup>19</sup>. Em segundo lugar, recorre-se à medicina oficial, nesta perspectiva, apenas para aquelas doenças consideradas *graves* ou quando uma determinada doença já ultrapassou os limites da competência atribuída à medicina familiar ou a área de atuação de outros recursos de cura. Assim, é inconcebível, para os moradores da Vila, procurar os recursos da medicina oficial antes que a doença possa ser percebida e classificada como *grave*<sup>20</sup>.

Os próprios profissionais da saúde percebem a distância entre esta proposta e as práticas dos pacientes da Vila Dique. Esta distância se manifesta, sobretudo, no elevado número de pacientes que não comparecem às consultas marcadas com antecedência e na grande quantidade de consultas de *emergência* que aparecem diariamente no Posto. Também os médicos, quando se referem aos pacientes provenientes da Vila Dique destacam algumas características destes:

"A maioria deles [pacientes da Vila Dique] tem doenças meio que estabelecidas, alcoolismo, problema de pulmão... É interessante, eles vêm quando estão mal, quando estão com catarro..."

"Eles [pacientes da Vila Dique] esperam até demais. Eles são muito próximos, as casas... Então é muito a vizinha falou isto, a outra falou aquilo. Muito chá, dizem: 'tratei com chá até agora, agora não dá mais'. A distância também faz com que eles não entrem tão em pânico".

---

19 Loux (1990), também chama a atenção para esta dificuldade em relação ao diagnóstico precoce uma vez que a doença, por estar relacionada a ausência do trabalho, exige uma definição clara.

20 Boltanski salienta que a própria percepção e identificação das sensações mórbidas exige um aprendizado específico e é "primeiramente função do número e da variedade das categorias de percepção do corpo ou seja, da riqueza e precisão de seu vocabulário da sensação, e de sua aptidão, socialmente condicionada, a manipular e memorizar as taxinomias mórbidas e sintomáticas" (Boltanski, 1984:131-132).

Se na perspectiva dos médicos, os pacientes da Vila Dique deveriam procurar os recursos da medicina oficial antes - *eles esperam até demais* - para os pacientes, é justamente este tempo - no qual, em geral, se recorre aos recursos da medicina familiar - o determinante para esta procura da medicina oficial<sup>21</sup>. Neste sentido, enquanto que para o médico o *estar mal* indica que a doença já deveria estar sendo tratada pela medicina oficial, para os moradores da Vila, é a partir deste momento de gravidade, que a doença passa a ser da competência da medicina oficial.

Além disto, como já foi salientado no capítulo III, a própria percepção que os moradores da Vila Dique possuem do tempo, não admite esta noção de previsibilidade exigida pela proposta dos profissionais da saúde do Posto. Isto, tanto no que se refere a marcação antecipada das consultas e, sobretudo, quanto à questão da *prevenção* das doenças<sup>22</sup>. As medidas de *prevenção* adotadas entre as pessoas da Vila seguem outra lógica daquelas indicadas pela prática médica. Assim, enquanto que as primeiras se resumem em determinados cuidados diretamente vinculados às causas atribuídas a um tipo específico de doença ou a uma doença específica de uma pessoa - como por exemplo, não apanhar frio ou não se molhar - as segundas, procuram agir, num nível mais geral, sobre os fatores suscetíveis de causar doenças (como as condições de água e esgoto) e sobre as doenças suscetíveis de se manifestarem nesta determinada população<sup>23</sup>.

---

21 É neste sentido que Boltanski(1984) salienta que a "educação sanitária" visa produzir usuários racionais da medicina moderna, ou seja, formar um doente educado, que sabe exatamente o momento de recorrer aos serviços da medicina oficial. A respeito desta "educação" da famílias para o consumo das normas médicas ver ainda Costa, 1979.

22 Para a análise da concepção de tempo dos moradores da Vila Dique ver capítulo I deste trabalho. A respeito da noção de previsibilidade e a opção entre os recursos da medicina oficial ver capítulo III.

23 Segundo Loux, a "prevenção primária", destacada pelo discurso médico, que age sobre fatores específicos potencialmente causadores de doenças é compatível com as representações populares. Entretanto, a "prevenção secundária", que enfatiza a identificação dos estados patológicos num estado precoce, vai de encontro a concepção popular da doença. Pois nestas representações, a doença deve se manifestar primeiro e não ser contida. Ver Loux, 1990, principalmente capítulo III. Ainda a respeito da relação entre uma determinada concepção de saúde e a noção de prevenção, Pierret salienta que, na percepção da saúde como sendo a ausência da doença, a prevenção é frequentemente entendida enquanto "previsão" e portanto, leva a desconfiança do médico. A este respeito ver Pierret, 1984.

#### 2.4. O Trabalho Comunitário e a Comunidade

As noções de *prevenção* e *comunidade* quando transpostas para as atividades que compreendem o denominado *trabalho comunitário* adquirem uma ênfase diferente daquela dada quando o que está em questão são as atividades ambulatoriais. Neste último caso, tanto a *prevenção* como a *comunidade* são percebidas enquanto diretamente vinculadas às práticas médicas, isto é, enquanto contribuindo para a ação sobre a doença. Já quando referidas ao *trabalho comunitário* estas noções se ampliam para práticas que extrapolam as delimitação normalmente atribuídas à chamada área da saúde.

As atividades desenvolvidas pelos profissionais que atuam no Posto de Saúde da Vila Floresta em termos do que é considerado *trabalho comunitário* são bastante diversas. Compreendem desde as reuniões realizadas com um grupo de pessoas para discutir fatores relacionados a uma doença específica ou a uma determinada condição social - como por exemplo, os grupos de mulheres, grupos de gestantes, grupos de hipertensos - até a participação em reuniões de entidades de caráter representativo - como a Associação de Moradores ou Clubes de Mães.

O que é recorrente nestas atividades é o fato delas se centrarem no caráter coletivo, isto é, na reunião de pessoas. É também através das atividades do *trabalho comunitário*, como já foi dito, que os profissionais do Serviço de Saúde Comunitária procuram diferenciar suas práticas em relação aos demais profissionais, bem como materializar sua proposta de trabalho e sua concepção de saúde<sup>24</sup>.

A noção de *comunidade* se constitui na própria essência do *trabalho comunitário*. Aqui a *comunidade* não significa mais apenas uma delimitação geográfica, mas ela representa uma miniatura da sociedade sobre a qual estes profissionais vão agir. Na concepção dos profissionais da saúde que atuam no Posto de Saúde da Vila Floresta, está presente uma noção ideal de *comunidade* na qual

---

24 A importância atribuída por estes profissionais da saúde à *comunidade*, deve-se também ao fato de que a própria existência do Serviço está subordinada a "vontade" desta *comunidade*. Freidson destaca que as práticas médicas variam de acordo com o "meio" ao qual estão subordinadas, neste sentido elas podem aparecer subordinadas a clientela - a *comunidade* - ou ao próprio meio médicos, como é o caso por exemplo dos anestesistas. A este respeito ver Freidson, 1984.

esta se caracteriza principalmente pela união das pessoas, membros da *comunidade*, em torno de objetivos comuns que venham favorecer a melhora das condições de vida de todos. Pressupõe-se uma homogeneidade e uma cooperação entendidas em seu tipo ideal. Este é apenas o ideal que permanece referenciado. Todos sabem que, na realidade, a *comunidade* com a qual trabalham não é assim mas, pelo contrário, apresenta uma diversidade, tanto no que se refere as condições sócio-econômicas das pessoas, quanto aos seus interesses divergentes.

No *trabalho comunitário* a noção de *prevenção* é operacionalizada em termos de *conscientização e educação para a saúde*. As reuniões realizadas com os grupos visam, através do fornecimento de informações e da discussão, *educar e conscientizar* as pessoas a fim de que estas saibam cuidar de sua saúde - seja em termos de determinadas doenças específicas, seja em termos das *condições de vida*. O depoimento de um profissional do Posto expressa esta ampliação da noção de *prevenção*:

"Porque o que é prevenção de saúde? Não é só tu saber tomar banho (...) Prevenção em saúde é também tua rua estar calçada, tu não ter esgoto aberto, um valão...É um conceito muito mais amplo que a prevenção que vem da medicina, por exemplo, de uma coisa basicamente médica. A prevenção para eles é um conceito bem menor do que eu acho que deve ser em saúde comunitária. Assim como educação. Porque educação em saúde é uma coisa, a pessoa adquirir consciência do seu papel na sociedade (...) Porque de alguma forma tu estas fazendo com que essa pessoa possa se organizar".

Não se trata mais de *cuidados de si*, isto é, tomar algumas medidas para evitar determinadas doenças - como o *saber tomar banho* - mas de agir sobre os fatores sociais determinantes das condições de saúde da *comunidade*<sup>25</sup>. É neste sentido que a *prevenção* aparece vinculada as noções de *educação e conscientização*, ou seja, é através de uma aprendizagem que as pessoas vão adquirir possibilidades de se *organizar* e mudar suas *condições de vida* e logo, *ter melhores condições de saúde*. É também a partir desta intervenção, não mais apenas nos

---

<sup>25</sup> Para uma análise da medicina enquanto determinando regras e saberes a respeito do *cuidado de si* ver Foucault, 1985.

indivíduos doentes, mas na própria *comunidade* doente, detectando os fatores potencialmente causadores de doenças e, ao mesmo tempo indicando uma direção para estes, é que esta concepção de medicina se explicita enquanto "empresa moral", visto empreender um julgamento moral - ao selecionar os aspectos maus ou indesejáveis - sobre uma determinada ordem social<sup>26</sup>.

Dessa forma, o Posto de Saúde da Vila Floresta tem uma política de intervenção na organização da *comunidade*, que se realiza através das diferentes atividades do *trabalho comunitário*<sup>27</sup>. Os profissionais do Posto têm assim, uma significativa atuação dentro da Associação de Moradores, pois reconhecem esta enquanto a entidade representativa da *comunidade*. Neste sentido, a prática do Posto, para estar vinculada à *comunidade*, deve estar sempre ligada a alguma forma de organização percebida como legítima.

Na concepção do Serviço de Saúde Comunitária o papel desempenhado pelas entidades representativas da *comunidade* é determinante até mesmo para a instalação dos Postos de Saúde nestes locais. É a partir da reivindicação da *comunidade* deste tipo de serviço de saúde que vão ser acionados os mecanismos legais para a sua implementação. Nas palavras de um dos coordenadores do Serviço:

**"A gente tem que se dar conta que nós criamos uma proprosta completamente nova de saúde e de relacionamento com a comunidade. É a comunidade que nos escolhe. Nós vamos onde somos convidados, saímos quando não somos mais queridos (...) Nosso objetivo número um é que as comunidades cresçam a ponto de nos dominarem. Nós somos empregados da comunidade".**

---

26 Freidson aproxima a medicina da religião e do direito, no sentido de que todas estas práticas são "empresas morais" que tem por objetivo promover o "bem" e punir ou corrigir o "mau". Ver Freidson, 1984.

27 No caso da Vila Floresta, por exemplo, foi das reuniões organizadas pelos médicos com um grupo de moradores, que tinha por objetivo conseguir um local para a instalação do Posto, que se originou uma das Associações de Moradores do local. Mais recentemente, foi nas reuniões do Posto com um grupo de pessoas - formado inicialmente como grupo de hipertensos - que se teve início o movimento para o calçamento de algumas ruas da Vila da Vila Floresta.

O depoimento transcrito acima explicita a importância que a *comunidade* assume para o Serviço de Saúde Comunitária. Este relacionamento com a *comunidade* se dá através das diversas atividades que fazem parte do cotidiano do Posto, tais como as consultas, as reuniões de grupos, as visitas as casas dos pacientes, mas é na relação que o Posto mantém com a Associação de Moradores que ele se formaliza. Há a proposta de uma inversão da relação mantida, em geral, entre os serviços de saúde e a população alvo de suas práticas.

### 2.5. Entre o Posto e a *Comunidade*

Quando se trata de colocar em prática esta proposta de relacionamento com a *comunidade*, diversas questões aparecem. Os interesses da *comunidade* que, supostamente iriam ao encontro dos interesses do Posto, se manifestam diferentes e, muitas vezes até opostos, à proposta de trabalho dos profissionais da saúde do Posto. A questão é o que fazer, ou seja, se atende às demandas da *comunidade* ou se faz o que o Posto considera como o correto.

Esta questão se apresenta tanto nas atividades do *trabalho comunitário* como nas atividades ambulatoriais. Um exemplo disto é a própria ênfase na *prevenção*, proposta pelo Posto mas que não encontra correspondência com as práticas dos pacientes, como já foi analisado anteriormente. Na perspectiva dos profissionais da saúde, especialmente dos médicos, esta distância entre as demandas da população - que se apresentam sobretudo, através da procura do Posto apenas para questões *curativas* e de *emergência* - e sua proposta de trabalho é decorrência, por um lado, das *necessidades* concretas da população e, por outro, da concepção de saúde e medicina dominante na sociedade. É assim que os médicos tentam explicar e, ao mesmo tempo, justificar-se quanto a percepção que a *comunidade* tem do Posto, como evidenciam os depoimento abaixo:

"Eu acho que se eles tivessem aqui um posto de saúde nos moldes tradicionais da Secretaria da Saúde, onde os médicos viessem aqui de manhã e de tarde e atendessem e acabou, fossem embora, minha opinião é que para eles era a mesma coisa. **Para eles o que interessa é o atendimento médico na hora que eles precisam.** Não interessa para eles saber que a gente está fazendo coisas de promoção de saúde, que a gente está fazendo programas, que tem residentes para treinar... O que interessa, na minha opinião, é que eles querem chegar aqui

e serem atendidos. Eu acho que isto não é por acaso. **Isto é por causa de toda a história médica**, do que a gente se propôs a fazer com os pacientes de longa data (...) **A reação deles é uma reação bem adaptada para o meio todo.**"

"Eu acho que tanto para o Vila Dique como para a Floresta é um posto que tem um acesso mais fácil que os outros em geral e que recebe um atendimento de melhor qualidade, maior atenção que os outros lugares. **Eu acho que eles vêem o posto mais como uma coisa curativa, como todas as comunidades. Poucas as pessoas que tem consciência da importância da nossa proposta de trabalho, apesar de todo o tempo que a gente está aqui.**"

Ambos os depoimentos salientam a distância entre as expectativas da população em relação ao Posto - *atendimento médico na hora que precisam, uma coisa curativa* - e as expectativas do Posto em relação a população - *saber que se está fazendo coisas de promoção de saúde*. Mas, se por um lado, esta distância pode ser explicada em termos das condições de vida da população e da concepção dominante de medicina na sociedade, ou seja, ser considerada uma *reação bem adaptada ao meio*, por outro lado, ela expressa o paradoxo da própria concepção e prática de *saúde comunitária* a que se propõe os profissionais do Posto. Em outras palavras, a proposta de trabalhar com a *comunidade* e a partir de suas *necessidades* se choca com a concepção de uma prática de trabalho *preventivo*, na medida em que esta mesma *comunidade* tem *necessidade* ou procura no Posto uma prática *curativa*<sup>28</sup>.

Os depoimentos também apontam para a percepção dos profissionais da saúde de que o tipo de trabalho a que se propõe a desenvolver oferece pouco

---

28 Segundo Freidson, a medicina "servirá não a comunidade, mas a ela mesma, se suas bases morais não são aquelas da comunidade: quando o serviço prestado à comunidade é definido pela profissão antes que pela comunidade, não se pode dizer que esta seja realmente servida" (Freidson, 1984:341).

retorno em relação a suas expectativas ou que este retorno só pode ser esperado a longo prazo. Este retorno é percebido principalmente em termos do reconhecimento, por parte da *comunidade*, da importância de trabalho desenvolvido pelos profissionais da saúde a nível de *prevenção*, ou seja, pela *consciência da importância da proposta*. Neste sentido, o reconhecimento da qualidade do atendimento ambulatorial prestado pelo Posto - onde se *recebe um atendimento de melhor qualidade* - é considerado insuficiente<sup>29</sup>.

Por outro lado, esta percepção do pouco retorno que têm em relação as suas expectativas se manifesta em um sentimento de insatisfação pessoal com o trabalho. Este sentimento é expresso por diferentes profissionais que atuam no Posto, sobretudo em relação as atividades do *trabalho comunitário*, que são ao mesmo tempo, aquelas percebidas como exigindo maiores investimentos e cujo retorno se dá ou deveria se dar, num prazo mais longo. O significado deste sentimento só pode ser compreendido quando se considera a relação destes profissionais com seu trabalho. A proposta de trabalho do Posto representa, especialmente para os profissionais com formação de nível superior, a possibilidade da concretização de uma concepção de saúde e medicina, que por sua vez está diretamente relacionada com uma concepção da sociedade, e portanto, com uma proposta de atuação nesta. Em outras palavras, o trabalho no Posto faz parte da realização de um ideal e projeto de vida destes profissionais. Neste sentido, o sentimento de um não retorno e não gratificação deste trabalho que ultrapassa, em geral, os interesses estritamente profissionais (em sua aceção mais tradicional dentro da medicina), e é vivido de forma mais intensa como uma espécie de frustração pessoal ou mesmo de insatisfação existencial.

---

29 Em relação a definição das políticas públicas e a concepção de medicina e de organização dos serviços de saúde dominante, é preciso provar que a proposta da "saúde coletiva" é mais eficiente em termos de melhora das condições de saúde da população e não apenas que tem um atendimento de melhor qualidade. A *conscientização* da população e portanto, o apoio popular, representa também um peso determinante na imposição desta concepção. No caso do Serviço de Saúde Comunitária, este apoio da *comunidade* é determinante, em certas situações, até mesmo para a existência deste Serviço, visto que é usado como uma estratégia para contrabalançar o poder de determinação da diretoria do Grupo Hospitalar Conceição.

### 3. A Relação Médico-Paciente

Outro aspecto que caracteriza a relação que os médicos do Posto de Saúde da Vila Floresta mantém com a *comunidade* e, mais especificamente, com seus pacientes, é a busca da imposição de uma outra imagem do médico. Esta nova imagem é construída pela negação dos elementos identificados com a imagem dominante do médico e funciona, neste sentido, como um elemento de identificação do próprio grupo<sup>30</sup>. Assim, ao mesmo tempo que estabelece uma oposição a posição dominante no campo médico - através da recusa da imagem de médico que esta incorpora - a nova imagem estabelece uma identidade do grupo, através da corporificação de um outro tipo-ideal de médico.

Esta nova imagem é apresentada através da desconstrução dos sinais e comportamentos que são identificados com a imagem dominante do médico, bem como com o discurso da posição dominante no campo médico. Assim, por oposição a este último, esta nova imagem se caracteriza, em primeiro lugar, pelo não uso do avental branco ou *jaleco*. O não uso do avental passa a ser um dos principais elementos identificador desta posição, ou seja, funciona como um elemento emblemático do grupo. Isto fica explícito, por exemplo, na apresentação do Serviço de Saúde Comunitária feita por um órgão de imprensa:

"Os médicos, por exemplo, abandonaram o uso do jaleco. Esta vestimenta branca, que identifica o médico em qualquer parte do mundo, causa uma diferenciação entre ele e seus paciente. "Dá um ar de autoridade", explica J., justificando que isto pode prejudicar o bom relacionamento com integrantes da comunidade que são, na maioria, pessoas de poucos recursos financeiros." (*O Grupo*, Ano XII, N.63, out./1990, especial II)

Ao *jaleco* são identificados uma série de atitudes que, nesta perspectiva, caracterizam o modelo dominante da relação médico/paciente, tais

---

30 Arliaud também destaca que identidade do grupo de profissionais da saúde ligados ao Sindicato de Medicina Geral, é forjada a partir da recusa de um "médico-típico". A respeito da formação de um grupo social específico por referência a um tipo-ideal, ver também Boltanski, 1982.

como a *diferenciação* e a *atitude autoritária*. Tirando o *jaleco*, os médicos estão também, ao menos simbolicamente, adotando outras atitudes.

Por oposição ao modelo dominante e em conformidade com a concepção de medicina adotada, são destacados como elementos importantes da relação médico/paciente os seguintes ítems: a *aproximação*, a *confiança* mútua, a afetividade ou *amizade*, enfim, a *igualdade*. O médico sem avental é aquele que conversa com seus pacientes, que mantém com estes uma relação de amizade, de proximidade. Mas, se nesta perspectiva, o não uso do avental representa a negação da imagem dominante do médico, a prova desta negação se manifesta no fato dos próprios pacientes não chamarem os médicos de *doutor*. Isto fica explícito nos depoimentos dos médicos a respeito da relação que mantém com seus pacientes:

**"Minha característica com os meus pacientes é muito mais como se fosse uma coisa de amizade. Acho que muito dos meus pacientes me vêem muito mais como amiga do que como médica.(...) A maneira como eu converso com eles é uma maneira muito de igual. (...) Eu acho que eu não tenho nenhum paciente meu, que eu me lembre, que me chame de doutora..."**

**"Eu acho que a aproximação é uma coisa boa.(...) Eu acho que as pessoas confiam no que eu faço. E a relação que se estabelece... As pessoas da Dique me chamam de C., não me chamam de doutor (...). E eu me lembro que no início isto me chocava um pouco, porque esta coisa de tu confundir... Depois eu fui vendo que é uma coisa muito afetiva, carinho. É diferente tu."**

Mas, se por um lado, esta nova imagem do médico, que nega até mesmo a designação de *doutor*, é avaliada como positiva, no sentido de que permite esta *aproximação* entre médico e paciente, por um outro lado, ela pode ser percebida como negativa, visto que corre o risco de negar para o paciente, a própria legitimidade do médico. Neste sentido, a *desmistificação da figura do médico* proposta pelos médicos do Posto tem efeitos ambíguos. Esta questão se apresenta para os próprios médicos de maneira distinta, como ilustram os depoimentos abaixo:

"Então uma coisa interessante é que a gente sempre colocou assim: 'nós somos o grupo que não trabalhamos de avental'. Eu não sei até que ponto o avental modifica alguma coisa. Eu várias vezes usei avental (...) e os comentários que eu ouvi foram muito interessantes, é até de colocar: 'hoje tu estas realmente vestida de médica'. Então quer dizer assim, será que na realidade eles não querem este exemplo. Eles colocam isto. Ao mesmo tempo eles querem que tu pare, converse, dê atenção que eles não tem em outro local, no hospital, ao mesmo tempo eles te pedem determinadas coisas. Então vários colegas meus mudaram a maneira de atender e brincavam, brigavam, aconteciam... Eu digo: 'olha, isto são coisas que tem que ser muito bem trabalhadas, porque ela vai chegar aqui um dia e vai te tratar de outra maneira'. Ou muitos achavam que tinham prioridades em função deste atendimento."

"A maneira que eu converso com eles [pacientes] é muito de igual. Às vezes isto é um pouco criticado na minha maneira de agir com os pacientes, alegando de que quando eu precisar que eles façam realmente alguma coisa, assim, técnica que precisa, eles não vão levar em conta porque eles me consideram assim, muito igual.(...) Às vezes isto chega até a me incomodar, de pensar, puxa, será que tá certo tudo isto, porque eu recebo tanta crítica, né. Será que tá certo eu fazer isto?"

Como apontam os depoimentos acima, a imagem do médico sem avental, que mantém com os pacientes uma relação de proximidade, apresenta algumas ambiguidades. Assim, se por um lado, ela pode ser atribuída as expectativas dos próprios pacientes em relação ao médico - que reivindicam ao mesmo tempo, a imagem tradicional do médico e elementos da nova imagem, com por exemplo, *atenção* - por outro lado, ela pode ser atribuída a contradição entre as exigências do meio médico e de sua ação *técnica*, e a proposta de uma nova prática médica. Neste último caso o que está em questão é, de fato, a própria

legitimidade medicina e do médico, que necessita se impor como tal para existir, ou seja, a prática médica, para se exercer, necessita a concordância e um determinado controle sobre os pacientes<sup>31</sup>.

Esta ambiguidade produzida a partir desta nova imagem do médico traduz também a situação de ambiguidade que se encontram os médicos vinculados ao Posto de Saúde da Vila Floresta, em decorrência de sua posição no campo médico e de sua concepção de saúde e medicina, tendo de um lado a medicina e de outro a *comunidade*. Assim, por se encontrarem numa posição dominada no campo médico, estes médicos não se identificam com a imagem dominante do médico e nem mesmo com os médicos dominantes (como por exemplo os especialistas e médicos do hospital). Entretanto, ao mesmo tempo que procuram se identificar com a *comunidade*, a própria condição de médico, os diferencia nesta (seja em termos da representação que as pessoas tem do médico, seja em função das concepções relacionadas com a medicina oficial que a condição de médico impõe)<sup>32</sup>.

A relação médico-paciente materializa para os médicos do Posto esta posição ambígua em que se encontram. Isto se expressa na percepção de que se a *igualdade* entre médico-paciente é importante, a prática médica, para se exercer, supõe uma certa desigualdade, como expressam os depoimentos acima transcritos. Desse modo, ao mesmo tempo que os médicos procuram diminuir a distância social

31 Esta situação de ambiguidade entre a prática médica de forma geral e uma determinada concepção de *saúde comunitária* se aproxima da situação evidenciada por Boltanski, da "educação sanitária" que, ao mesmo tempo que exalta a "educação" da população, condena a "divulgação" médica. Segundo o autor, isto se deve "em primeiro lugar porque o poder médico, para se exercer plenamente, precisa de um doente educado, mas que nem por isso deixa de se conformar e, uma vez informado, permanece tão modesto, tão ingênuo, tão confiante na presença do médico quanto o era na sua total ignorância." (Boltanski, 1984:47). Podemos também aproximar aqui, a noção de eficácia simbólica. A este respeito ver Lévi-Strauss, 1989.

32 Loyola também destaca a posição limítrofe que ocupam os *médicos populares* ou *particulares* no contexto de Nova Iguaçu, visto que estes por se originarem das classes populares, não se sentem assimilados pelas classes dominantes. Segundo a autora, "desta posição ambígua, ao mesmo tempo dominante e dominada, decorrem as propriedades e disposições particulares que os levam a praticar uma medicina orientada socialmente com tendência a remediar as desigualdades em matéria de saúde e de cuidados médicos, o que lhes permite ao mesmo tempo resolver as contradições criadas por esta sua posição limítrofe ou periférica, de intermediários entre classes sociais." (Loyola, 1984:27).

e cultural que se manifesta na relação médico-paciente, sobretudo através dos problemas de comunicação, utilizando, por exemplo, uma linguagem não técnica - *mais simples* - ou remédios mais acessíveis; eles se propõem a *educar* seus pacientes, ou seja, transmitir aos pacientes concepções do saber médico<sup>33</sup>. As práticas de *educação*, *conscientização* e *prevenção* funcionam como estratégias para solucionar esta ambiguidade na medida em que unem o saber médico e a *comunidade*.

---

33 Sobre as estratégias utilizadas pelos médicos na relação médico-paciente como meio para impor as concepções da medicina ao paciente, ver Boltanski, 1984.

## CAPÍTULO VI

### O *POSTINHO* DA VILA DIQUE

A relação entre os profissionais da saúde que atuam no Posto de Saúde da Vila Floresta e a população potencialmente alvo de suas práticas, especialmente os moradores da Vila Dique, coloca em confronto diferentes sistemas de percepção e representação de saúde, doença e medicina, bem como diferentes práticas a este respeito. Mas este confronto pode também envolver interesses distintos que exigem uma tomada de posição dos agentes sociais envolvidos - o Posto e a *comunidade*. No extremo, esta diferença entre as expectativas do Posto e as expectativas da *comunidade*, um em relação ao outro, pode levar à explicitação de um conflito social.

O caso do *Postinho* da Vila Dique é tomado aqui como um exemplo dos diferentes fatores envolvidos na relação entre os profissionais da saúde que possuem uma proposta específica de atuação, no caso os médicos, e uma determinada área geográfica concebida enquanto *comunidade*.

#### 1. A Vila Dique: Uma *Comunidade Pobre*

A possibilidade de implantação de um Posto de Saúde na Vila Dique surgiu em uma reunião na qual os médicos do Serviço de Saúde Comunitária discutiam com os moradores da Vila Floresta o local de colocação de um Posto ali, visto que a *comunidade* da Vila Floresta já tinha sido incluída no projeto de

expansão do Serviço. A partir do pedido do então presidente da Associação de Moradores da Vila Dique, a colocação de um Posto neste local se apresenta como uma possibilidade.

O momento era propício, pois o Serviço contava com o apoio da direção do Grupo Hospitalar Conceição e se encontrava em plena expansão. No início do ano (1985) haviam sido contratados novos médicos, que não possuíam ainda um local definido para trabalhar. E, apesar dos contatos com representantes da Vila Floresta estarem se desenvolvendo, o problema de um local para a instalação do Posto não havia ainda sido solucionado. Assim, uma vez que haviam profissionais em condições e dispostos a trabalhar naquele local, a implantação do Posto na Vila Dique dependia então apenas de um espaço físico. Ao contrário da Vila Floresta, onde isto era um problema há vários meses, na Vila Dique em pouco tempo esta questão foi resolvida. Um morador da Vila, que na época era vice-presidente da Associação de Moradores, cedeu uma de suas duas casas, para o Posto.

A situação era percebida como ideal pelos profissionais da saúde. A Vila Dique apresentava, naquele momento, todas as condições propícias para a prática de saúde a que se propunham. Em primeiro lugar, era uma Vila *carente* onde estavam presentes todos os fatores potencialmente causadores de doenças, tais como o contato permanente dos moradores com o lixo, a má alimentação, a falta de água e esgoto, as más condições de habitação, além da falta de *informação* da população sobre questões de saúde. Em segundo lugar, a rapidez com que ali se desenvolveu todo o processo de implementação do Posto, ou seja, do pedido do Posto à obtenção do local, era tomado como indicativo de grau de organização da *comunidade*. Somava-se a isto o fato da Vila estar localizada numa área bem delimitada geograficamente, formando assim uma *comunidade* onde os limites com as vilas vizinhas são claros. Tudo isto representava para os médicos as condições favoráveis para o desenvolvimento de um *trabalho comunitário*. O depoimento de um destes profissionais traduz esta representação que faziam da Vila naquele momento:

"Eu fui trabalhar lá principalmente pelo fato deles **serem mais pobres** que na Vila Floresta. E por eles **serem uma comunidade menor**, ia ser mais fácil fazer o trabalho comunitário. Foi um engano nosso, porque as dificuldades eram muito maiores. E eles demonstravam ter uma coisa assim, que **era uma organização maior**. Porque eles conseguiram a casa, conseguiram quem ia fazer limpeza, quem ia cuidar do posto, quem ia marcar consulta, que **era tudo umas maravilhas na cabeça da gente**".

Esta imagem romantizada da Vila - formulada a partir das características de um modelo ideal de *comunidade* identificadas na Vila - e das *facilidades* à ela atribuídas à realização do *trabalho comunitário*, determinou em grande medida a relação dos médicos com os moradores. Para os médicos, trabalhar na Vila Dique representava, mais que uma experiência profissional, uma experiência de vida. E, se o fato de ser uma Vila *pobre* estava relacionado com uma motivação profissional em termos da "melhora das condições de saúde da população". Em um outro sentido, expressava uma motivação social relacionada com as condições sociais desta população, que também deveriam ser mudadas - através da *conscientização e organização*.

Na perspectiva dos médicos, a Vila representava todas estas possibilidades de, por um lado, desenvolverem um *trabalho comunitário*, de *educação e conscientização* da população e, por outro lado, de *facilitar* a prática médica em termos de diagnóstico e terapêutica pela proximidade e conhecimento entre médicos e pacientes. Já na perspectiva dos moradores da Vila, o Posto de Saúde representava, principalmente, a facilidade de acesso - pela proximidade geográfica - aos recursos da medicina oficial. É assim que quando se referem ao *Postinho* que existia na Vila, os moradores destacam que "antes era só ir ali, agora tem que ir até lá em cima", isto é, agora eles tem que se deslocar até o Posto de Saúde da Vila Floresta.

Além da facilidade de acesso atribuída à localização do Posto, os moradores da Vila insistem sobre a disponibilidade dos médicos em *atender*. Esta disponibilidade, uma vez que considerada a partir dos referenciais da situação atual, é, em geral, contraposta as dificuldades de acesso atribuídas ao Posto da Vila Floresta. Como já destaquei em um capítulo anterior, na perspectiva dos moradores da Vila, tanto a marcação antecipada de consultas como o fato de terem

que se deslocar até o Hospital para buscar remédios ou fazer exames, são percebidos enquanto uma dificuldade de acesso a este recurso. O depoimento de uma moradora da Vila expressa a percepção da disponibilidade dos médicos:

**"Já fazia uns três anos que eu morava aqui quando veio o postinho. Eu não sei como veio, não sei quem é que foi pedir, sei que o postinho estava ali. (...) Eram uns médicos bons. O doutor C., a doutora L., o doutor M.(...).Tinha um monte de doutor ali. Se tu quisesse um remédio eles vinham ali prontamente e traziam. Para consultar não tinha hora durante a tarde". (Marta, 26 anos)**

Assim, ao contrário da percepção dos médicos, que viam na rapidez do processo de implementação do Posto na Vila um indicativo do grau de *organização da comunidade*, o depoimento acima aponta para o desconhecimento, por parte dos moradores, ou ao menos de grande parte deles, deste processo. O por que, como, ou por que meios o Posto foi aparecer na Vila, não é considerado como fundamental. O mais importante é que ele estava de fato ali e que tinha *um monte de doutor* e mais, que eram *médicos bons*, pois *prontamente* davam *remédios*<sup>1</sup>. A isto se acrescenta ainda o fato de que, ao contrário do Posto de Saúde da Vila Floresta, *para consultar não tinha hora*, ou seja, não havia a necessidade de marcar com antecedência as consultas.

A existência por um determinado período de tempo de um Posto de Saúde da Vila Dique e a percepção desta experiência, funciona, para os moradores da Vila, como um referencial para a avaliação de suas relações atuais com os recursos da medicina oficial. Neste sentido, o Posto de Saúde da Vila Floresta e o *Hospital* são considerados como tendo melhores condições materiais do que tinha o *postinho* da Dique. Contudo, as relações que mantinham com os *doutores* e com o *postinho* da Vila Dique são percebidas como melhores que as que estabelecem com os recursos atuais.

Por enfatizarem esta relação com o médico é que, grande parte dos moradores da Vila, quando falam a respeito de suas experiências com os recursos



1 A respeito dos remédios como critério para avaliação dos médicos ver capítulo III.

da medicina, nomeiam os médicos que trabalhavam no *postinho* da Dique. É também neste sentido que muitos moradores da Vila procuram recuperar esta relação com o médico e manter, se a mesma relação já não é mais possível, visto que a situação é outra, ao menos o mesmo médico. Assim, apesar da relação com o médico não ser mais a mesma e mesmo de não manterem, em muitos casos, mais nenhuma relação efetiva com estes mesmos médicos, estes continuam a funcionar como referências na avaliação que os moradores da Vila fazem dos recursos da medicina oficial.

## 2. O Trabalho Comunitário na Vila Dique

Como membros do Serviço de Saúde Comunitária, os médicos que foram trabalhar no Posto da Vila Dique, tinham uma proposta de trabalho que além de considerar os aspectos *curativos*, ou seja, o atendimento médico propriamente dito aos casos de doença, tinha por objetivo atuar no sentido de "obter melhoras nas condições de saúde" daquela população. Assim, os médicos dividiam suas atividades na Vila entre o atendimento ambulatorial e o chamado *trabalho comunitário*. Este último, compreendia as visitas domiciliares realizadas pelos médicos, o mapeamento e identificação de *lideranças* da Vila, mas especialmente, a realização de reuniões com a *comunidade*, em conjunto com a Associação de Moradores, a fim de discutir os problemas da Vila. Neste sentido, os médicos, partindo de uma concepção de saúde como estando relacionada diretamente às "condições de vida", levantaram e discutiram com a *comunidade* a questão das condições de saneamento do local.

A partir da iniciativa do Posto, em conjunto com a Associação de Moradores da Vila, encaminhou-se, aos órgãos competentes, o pedido de implantação de água e energia elétrica no local. Também a partir de sugestão do Posto, foi encaminhado o registro da Associação de Moradores na Fracab (Federação Riograndense de Associações Comunitárias e Amigos de Bairros), a fim de legitimar os pedidos encaminhados ao poder público. Nestas reuniões do Posto com a *comunidade* surgiu ainda a proposta da organização de uma horta comunitária. Mas, se todas estas medidas estavam, na perspectiva dos médicos, diretamente vinculadas à "melhora das condições de saúde" e a *conscientização* da

população a respeito de suas "condições de vida"; na perspectiva dos moradores, elas representavam uma melhoria geral da Vila - para as mulheres, uma facilitação de suas atividades cotidianas - que não é percebida como necessariamente relacionada com a saúde. O depoimento de um médico expressa esta diferença de perspectiva:

"Eu acho que a principal coisa que se deixou lá na Dique foi a atenção à saúde que eles começaram a ter. (...) Porque a condição de vida deles, de água e luz, era uma coisa mais levada pela gente do que por eles. Era levantada pela gente e eles achavam que era importante mas... A gente ia junto, eles se sentiam mais reforçados, acho."

Como aponta o depoimento acima, as questões de água e luz são levantadas e encaminhadas por iniciativa dos médicos. Pois, apesar dos moradores da Vila *acharem importantes* a colocação de água e luz no local, eles precisam se *sentir mais reforçados*, ou seja, eles precisam de uma legitimidade. Assim, a participação dos médicos nas questões de saneamento da Vila, é percebida pelos moradores, não a partir de sua relação com a melhora das condições de saúde, mas a partir da relação destes com o poder e com os códigos da cultura dominante.

Todas estas atividades desenvolvidas na *comunidade*, que ultrapassam os limites das atividades propriamente médicas, são percebidas pelos médicos como sendo um *envolvimento* com os moradores da Vila, que também ultrapassa os limites profissionais. Se por um lado, estas atividades a nível do *trabalho comunitário* (como por exemplo, o encaminhamento das questões de saneamento) são motivadas por uma concepção de saúde e por uma proposta de medicina, por outro lado, são também motivadas por uma determinada percepção das condições sociais dos moradores da Vila. A experiência de trabalhar na Vila Dique assume, para os médicos, um significado que vai além da experiência profissional, como evidencia a fala de um médico:

"Foi uma experiência fascinante para mim ver essa questão assim do curativo, até que ponto a gente tem alcance e pode realmente ajudar as pessoas. Nós fazíamos visitas domiciliares e fazíamos reuniões, fazíamos coisas preventivas, grupos e coisa e tal. Fazíamos isso rotineiramente, até sábado e domingo ia para lá. E se conseguiu algumas coisas. Mas deu assim, **para mim avaliar que só a atividade de consultório é uma coisa que**

**não trás muita saúde, tu só ficas tapando, repentindo.(...) E eu me envolvi realmente. Porque tu conviver no meio da miséria é uma coisa que machuca muito. E eu não tinha nenhuma resistência por causa disto. Mesmo eu não sendo daquela comunidade, não tinha nenhum prurido para estar lá".**

O trabalho na Dique é percebido, a nível da experiência profissional, como confirmando uma concepção de saúde e medicina que enfatiza a prática *preventiva*, ou seja, que confirma que *só a atividade de consultório é uma coisa que não trás muita saúde*. Mas esta experiência é também percebida num nível pessoal, de experimentação de uma outra condição social, o *conviver no meio da miséria*. Esta percepção da Vila e do trabalho médico, faz com que os médicos atribuam a sua prática e ao seu *envolvimento* com a *comunidade* um significado distinto daquele atribuído pelos moradores que, como já foi salientado acima, se limita sobretudo, às facilidades de locomoção e acesso que o Posto na Vila representa.

### 3. Os Médicos e a Associação de Moradores

Ao mesmo tempo que os médicos afirmam sua iniciativa no que se refere ao encaminhamento das questões de saneamento da Vila e relacionam isto com seus objetivos - *a atenção à saúde que eles começaram a ter* - esta mesma questão pode ser apropriada conforme outros interesses em questão. Como é o caso da Associação de Moradores que apresenta uma outra versão desta questão, como é expressa em um panfleto:

"Antes de nossa Associação ser feita em março deste ano, só tínhamos 4 bicas de água. Não tínhamos posto de saúde nem horta comunitária. Hoje, 7 meses depois de criada a Associação de Moradores, temos 8 torneiras, 1 posto de saúde, 1 horta comunitária quase pronta e estamos para construir nossa sede..."

Na perspectiva dos representantes da Associação de Moradores da Vila, são deles próprios os méritos pela obtenção da água, da horta comunitária e até mesmo do posto de saúde. Neste sentido, o que é enfatizado neste documento da Associação, não são os benefícios que estes recursos trazem para os moradores da Vila, mas sim o fato de que foram conquistas da diretoria da entidade. Isto

porque esta mesma diretoria está se contrapondo à um outro grupo de moradores que, aliado a um representante político, busca fundar uma nova Associação de Moradores<sup>2</sup>.

Desse modo, esta participação dos médicos no encaminhamento de soluções para algumas questões da Vila pode ser avaliada em dois sentidos: tanto pode ser considerada como positiva por determinados setores da população - no sentido de *reforçar*; como também pode ser percebida de forma negativa, ou melhor, como interferindo em outros domínios que escapam à competência atribuída a posição médica. Esta avaliação se modifica conforme os interesses que estão em jogo em determinada situação.

A representação inicial que os médicos tinham da Vila - de uma *comunidade* organizada - e das facilidades de realização de um *trabalho comunitário* no local, vai sendo desfeita pela configuração de um conflito com a Associação de Moradores. A percepção que, tanto a Associação de Moradores como o Posto têm de seus limites de atuação, bem como de seus interesses distintos, se tornam explícitos. Se existe alguns interesses imediatos em comum entre o Posto e a Associação de Moradores no que se refere a Vila - como por exemplo, a instalação de água e luz - estes são motivados por objetivos bem diferentes, vinculados às relações que mantém com as diferentes ordens da sociedade e com os domínios sobre os quais se propõem atuar. É neste sentido que uma mesma questão pode ser percebida e abordada de forma diferente, como ilustra o exemplo acima.

A explicitação da disputa pelo poder local, expressa através da tentativa de criação de uma nova Associação de Moradores que se opunha a Associação existente, apresenta uma nova configuração das relações entre o Posto e a *comunidade*. O Posto, e mais especificamente os médicos, enquanto representantes também de um poder, que confere poder - vinculado a sua posição de classe e relações com a classe dominante - se vêem *envolvidos* nesta disputa e portanto, obrigados a tomar uma posição.

---

2 Para uma descrição das duas Associação de Moradores da Vila ver capítulo I.

A situação que se apresentava no momento era a seguinte. Com as eleições a nível estadual que ocorreriam no final do ano (1986) a disputa pelo poder da entidade com representatividade local se explicitou. Nesta disputa estavam envolvidos interesse políticos, tanto de representantes de partidos políticos, como dos líderes locais vinculados a estes partidos<sup>3</sup>. A disputa pelo poder local passava por estes interesses partidários, sobretudo na medida em que, um dos líderes da nova Associação de Moradores era candidato a um cargo político. Por outro lado, o presidente da Associação de Moradores que já existia na Vila era vinculado a representantes de um outro partido político.

Assim, não reconhecendo a legitimidade da entidade existente é criada uma outra entidade local com fins representativos - a Associação de Moradores e Amigos da Vila Dique - que passa a se opor e a concorrer com a Associação que já existia<sup>4</sup>. Cada uma destas entidades não só acionava diferentes princípios para se legitimar frente a população da Vila, com também estava identificada com um determinado partido político.

A questão que se colocava então para os médicos do Posto de Saúde era a de qual destas entidades atribuir a legitimidade de representar a Vila. Em outras palavras, visto que o poder de representação oficial da Vila se encontrava dividido, que esta já não era mais aquela *comunidade* que concebiam inicialmente, com qual das duas entidades trabalhar conjuntamente? Ou melhor, que posição tomar a este respeito?

Apesar dos médicos afirmarem a posição do Posto de Saúde como sendo de *neutralidade* em relação a disputa das duas Associações e de seu caráter *apartidário*, a posição do Posto já se encontrava de certo modo definida, ao menos na perspectiva de alguns moradores e líderes locais, por outros fatores. Em primeiro lugar, o Posto de Saúde veio para a Vila Dique a partir de um pedido encaminhado pelo presidente da Associação de Moradores já existente na Vila. Entretanto, o Posto estava instalado na casa do presidente eleito pela nova

3 Sobre a relação entre eleições políticas e movimentos e organizações populares locais ver Cardoso, 1987.

4 Para uma descrição mais detalhada desta disputa pelo poder de representatividade local e dos diferentes princípios em questão ver capítulo I deste trabalho.

Associação (que antes era vice-presidente da outra entidade). Assim, apesar da ambiguidade da situação, o local físico do Posto determinava, por si próprio a identificação deste com os representantes da nova Associação. O Posto de Saúde não era apenas o centro geográfico da disputa, mas também um centro de poder, no sentido de que quem a ele conseguisse ser identificado usufruiria da legitimidade da medicina oficial.

Em segundo lugar, e a partir mesmo desta identificação especial, a prática dos profissionais do Posto, especialmente o *trabalho comunitário*, também passou a ser percebida pelos representantes da outra Associação de Moradores como estando identificada com os interesses contrários aos seus. Pois, da mesma forma que o poder dos médicos no encaminhamento das questões de saneamento foi apropriado a fim de *reforçar* a primeira Associação (como demonstra o documento transcrito anteriormente), ele pode ser apropriado pelos representantes da Associação de posição contrária. Neste sentido, todas as atividades desenvolvidas pelos médicos fora do Posto de Saúde eram percebidas com *desconfiança* por parte do líder desta entidade.

Na perspectiva dos médicos do Posto de Saúde a situação se apresentava sob um outro prisma. Em primeiro lugar, o fato do Posto estar instalado na casa de um dos representantes de uma das Associações, apesar de não ser o ideal, era visto como circunstancial e a posição de *neutralidade* deveria se sobrepor a isto. Em segundo lugar, esta *desconfiança* por parte do presidente da outra Associação e suas posições a este respeito era percebida a partir das dificuldades que isto apresentava para o desenvolvimento das atividades do Posto, especialmente do *trabalho comunitário*. Assim, a posição tomada pelos médicos foi a de tentar manter a *neutralidade* do Posto e *trabalhar com quem quer trabalhar junto com o Posto*. Mas, apesar deste esforço em serem identificados com uma posição *neutra*, os próprios médicos reconhecem que no momento isto não era possível, visto que diversos fatores estavam envolvidos nesta relação do Posto com a *comunidade*:

**"E a gente tinha uma idéia naquela época: vamos trabalhar com quem quer trabalhar com nós. Esta era a filosofia. Então se o Paulo não queria, a gente não fechava a porta. Mas se o outro queria a gente abria a porta. A gente começou... Não tinha maneira da gente não se posicionar lá. As pessoas**

procuravam a gente. Claro, daí tu fazias parte do bloco e então tu era inimigo do outro grupo..."

"Eu acho que o conflito não foi o Paulo. Mas o Paulo e o Júlio [presidentes das duas Associações de Moradores] personalizavam dois partidos políticos e aí o posto médico estava montado dentro da casa de Seu Júlio, que era presidente da Associação ligada ao PDT. O Paulo era ligado ao PCdoB e os dois partidos, na época de eleição para prefeito é que estavam brigando entre eles e com consequência dentro da comunidade. **A gente estava numa posição neutra. Acho que é meio difícil ser de uma posição neutra, mas naquela situação a gente não tinha como sair de dentro daquela casa, pois era a única que tinha alguém disponível para dar.** O Seu Júlio era a pessoa que era reconhecida como agente comunitário dentro da comunidade (...), ele foi quem ofereceu a casa."

Ambos depoimentos apontam para a impossibilidade do Posto em expressar uma posição de *neutralidade*, seja porque a casa que o Posto ocupava pertencia à uma pessoa identificada com uma das posições em jogo, seja pelo fato das pessoas com quem os médicos tinham mais contato também estarem identificadas com uma destas posições. Além disto, as duas posições em jogo estavam se opondo, sendo que a identificação com uma delas significava ao mesmo tempo a oposição a outra - *tu fazias parte do bloco e então tu era inimigo do outro grupo*. E, como os representantes destas duas posições estavam também identificados com partidos políticos que se opunham no momento da campanha eleitoral, cada um deles *personalizava* um partido político.

O que é destacado, na perspectiva dos médicos, como elemento fundamental deste conflito é, em primeiro lugar, a disputa entre dois partidos políticos e sua expressão na Vila e, em segundo lugar, as dificuldades em trabalhar com uma das lideranças da Associações de Moradores. Estas dificuldades eram atribuídas principalmente, ao caráter *autoritário* deste líder que, apesar das diversas tentativas feita pelos médicos, se negava a discutir uma possibilidade de trabalho em conjunto com o Posto.

### 3.1. A Manifestação do Conflito

Este conflito pelo poder local, que envolveu diretamente o Posto de Saúde, se explicitou em vários níveis e de diferentes formas. No nível das relações entre os médicos do Posto e os representantes da *comunidade*, ele se manifestou através de acusações, por parte do líder de uma das posições, relacionadas às práticas médicas. Estas acusações iam desde o posicionamento político partidário dos médicos, até acusações relacionadas à própria conduta profissional destes, com por exemplo, a acusação de que os médicos estavam colocando *anticoncepcional no leite*. Por outro lado, estas acusações se transformavam em ameaças que insinuavam a possibilidade do uso da força física para resolver o conflito.

No nível que dizem respeito à relação, tanto da Associação de Moradores como do Posto de Saúde, com outras esferas da sociedade, foram mobilizadas diferentes estratégias. O conflito para se explicitar publicamente e, ao mesmo tempo, legitimar uma das posições em questão, tinha que transformar as acusações e ameaças verbais, que neste nível são consideradas ilegítimas, para uma outra forma que tivesse um valor oficial. Neste sentido, é que a Associação de Moradores encaminhou um ofício para a diretoria do Grupo Hospitalar Conceição formalizando suas acusações e sua perspectiva da situação e solicitando o afastamento dos médicos que atuavam no Posto de Saúde da Vila Dique. O representante da Associação de Moradores mobilizou ainda, a fim de dar maior legitimidade a sua posição, o apoio da Fracab. Neste documento são relacionados enquanto *motivos* para a solicitação:

- \* Mau atendimento aos moradores,
- \* Medicação incorreta, acarretando problemas posteriores,
- \* Abusos cometidos contra a direção da Associação, também não são feitos atendimentos de urgência,
- \* Esta solicitação também se faz devido ao envolvimento político no posto. (Ofício encaminhado pelo presidente da Associação de Moradores da Vila Santíssima Trindade à Direção do Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre, 27 de maio de 1986).

O documento aponta para o apelo, por parte dos representantes da Associação de Moradores, de *motivos* de diferentes ordens a fim de legitimar sua posição. Os *motivos* que colocam em questão a conduta técnica dos médicos - *mau atendimento, medicação incorreta, não atendimento de urgências* - aparecem em primeiro lugar. Já os *motivos* que se referem a relação dos médicos com a Associação de Moradores aparecem respaldados pelos primeiros e não explicitados. Dessa forma, o documento enviado à diretoria do Grupo Hospitalar Conceição pelo presidente da Associação de Moradores da Vila, apresenta uma versão oficial do conflito centrada em argumentos de ordem técnica e relegando para um segundo plano os argumentos de ordem política.

A partir deste ofício, o conflito entre os médicos do Posto de Saúde e a diretoria da Associação de Moradores da Vila adquiria uma dimensão oficial que ultrapassava os limites da própria *comunidade*. Neste nível, o conflito colocava em relação a direção do Grupo Hospitalar Conceição, a coordenação do Serviço de Saúde Comunitária, a Fracab, a Associação de Moradores e o Posto de Saúde da Vila Dique.

Mas paralelo a este nível oficial, o conflito continuava a se manifestar nas relações cotidianas dentro da Vila, sobretudo através de acusações e ameaças verbais. A estratégia adotada pelos médicos do Posto a fim de amenizar a situação foi suspender o *trabalho comunitário*, mantendo apenas o trabalho ambulatorial. Já a estratégia utilizada pelo presidente da Associação de Moradores foi, ao contrário, a de acentuar ainda mais o conflito. Neste sentido, enfatizou as ameaças verbais com demonstrações de sua força física.

Assim, se ao nível oficial, a explicitação do conflito não surtiu os resultados esperados pelo presidente da Associação de Moradores, as estratégias adotadas a nível informal tiveram eficácia. As ameaças, que no seu extremo foram percebidas pelos médicos como *ameaças de morte*, resultaram na saída dos médicos da Vila e na desativação do Posto de Saúde. Esta percepção fica explícita no depoimento de uma médico a respeito do conflito:

"Todo aquele processo da gente estar dentro do posto que era de propriedade do presidente de uma das Associações... Até que resultou na nossa meio que expulsão da vila, porque a carta que mandaram para o hospital pedindo a demissão minha e de C. foi bem clara, eles queriam mesmo nos expulsar mesmo

de lá. E quando isto não surtiu efeito, a ameaça de morte finalmente".

#### 4. Fuga ou Expulsão

Na percepção dos médicos, sua saída da Vila se deu face às ameaças concretas sobre suas vidas e, neste sentido, consideram que foram *expulsos* do local. Mas, esta *expulsão* não manifesta a vontade da *comunidade*, visto que consideram que, tanto Associação de Moradores da Vila, como o seu líder, não são *representativos*, ou seja, não expressam a posição da maioria dos moradores da Vila. Soma-se a isto o uso de um recurso considerado como ilegítimo - a ameaça de uso da força física ou a *ameaça de morte* - para resolver o conflito.

A solução possível para a questão, na perspectiva dos médicos, estava nas mãos da própria *comunidade*. Os médicos, por tomarem como ponto central de sua prática e mesmo de sua definição de saúde, a relação com a *comunidade* e, por considerarem que tinham um *envolvimento* muito grande com os moradores da Vila, esperavam um resposta da *comunidade* à esta atitude ilegítima de um de seus líderes. Assim, tinham a expectativa que esta mesma *comunidade* iria se mobilizar a fim de deslegitimar este líder e exigir a volta dos médicos, como expressa o depoimento abaixo:

"Eu tenho a impressão assim, estava começando a se esboçar um tipo de **conscientização para a organização na comunidade** (...). E quando a gente saiu de lá, a expectativa que eu tinha é que eles iam assim: 'pô, tiraram uma coisa e nós perdemos uma coisa que é nossa, que estava aqui, palpável'. Que isto talvez fosse uma maneira deles se reunirem e lutarem por alguma coisa do interesse deles. Eles até esboçaram isto, algumas pessoas. Então eles vinham aqui conversar, o que nós podemos fazer, mas eles não conseguiram se organizar. Não sei se por temor de represália lá ou por falta de conscientização mesmo disto, eles já não tem nada mesmo na vida..."

A importância atribuída à *comunidade*, a sua *organização* e *conscientização*, levava os médicos a crer que a solução para o conflito com a Associação de Moradores, que já não era mais percebida como representativa da

*comunidade*, residia nesta *organização da comunidade*. Pressupunham neste sentido, primeiro, que a *comunidade* tinha poder de gerência sobre estas questões; segundo, que a *comunidade* se sentiria lesada com a *expulsão* dos médicos (*perdemos uma coisa que é nossa*); terceiro, que o Posto na Vila era *interesse* da *comunidade*; e por fim, que isto era motivo para a *comunidade* se *organizar e lutar* pelos seus *interesses*. Entretanto, como indica o depoimento transcrito acima, estas expectativas não se concretizaram, visto que apesar de *até esboçar* uma tentativa de mobilização neste sentido, *eles não conseguiram se organizar*.

Mas, se na perspectiva dos médicos esta não *organização* da *comunidade* é atribuída à *falta de conscientização* ou ao *temor de represália*, ou seja, à possibilidade de ameaças de uso da força física, na perspectiva dos moradores da Vila a situação se apresenta de outra forma. Em primeiro lugar, a maior parte dos moradores da Vila não se colocou sequer esta possibilidade da qual partia as expectativas dos médicos, de que eles teriam poder de modificar esta situação. Isto por duas razões principais: primeiro, por considerarem que a pessoa legítima para tomar uma posição a respeito das questões que envolvem a relação da Vila com representantes de diferentes ordens da sociedade é o *chefe da Vila*, ou seja, o presidente da Associação de Moradores<sup>5</sup>; e segundo, por reconhecerem sua posição de classe e a relação de dominação a que estão submetido em todas as esferas sociais, inclusive nas suas relações com a medicina oficial<sup>6</sup>. O que é percebido pelos médicos enquanto *falta de conscientização*.

É neste sentido também, que o *interesse* da população da Vila pelo Posto de Saúde, está submetido à percepção deste como sendo um benefício para a Vila, trazido pelo presidente da Associação de Moradores. Isto não significa que os moradores da Vila não tivessem interesse em que o Posto continuasse funcionando, mas sim que isto, na sua ótica, não depende deles. O Posto não é

---

5 Sobre a significado atribuído aos moradores da Vila Dique ao *chefe* da Vila ver capítulo I.

6 Sobre a percepção da condição de classe e dos condicionamentos que ela impõe ver Bourdieu, 1979.

percebido pelos moradores como sendo *uma coisa deles*, como desejavam os médicos, mas como um benefício que foi conseguido pelo *presidente da Vila*, que não tem o caráter de ser permanente<sup>7</sup>. Neste sentido, o ter um Posto na Vila é considerado como uma vantagem, como *uma facilidade*. Mas isto não significa que o não ter mais seja percebido enquanto uma *perda*, mas é antes, visto como uma coisa comum de acontecer. Dessa forma, enquanto que na concepção dos profissionais da saúde, o Posto de Saúde é um *direito* dos moradores, na perspectiva destes últimos ele é apenas uma vantagem que foi trazida para a Vila<sup>8</sup>.

Da mesma maneira que a instalação do Posto era creditada ao presidente da Associação de Moradores, era atribuído também a ele, o *entendimento* com os médicos. Na perspectiva da maior parte dos moradores da Vila, que não tinham nenhuma relação direta com a disputa pelo poder local entre as duas Associações, a saída do Posto da Vila é percebida a nível das relações pessoais entre os médicos e o presidente da Associação. Os moradores, quando questionados a respeito dos motivos que levaram os médicos do Posto de Saúde a saírem da Vila, fazem referências a esta relação entre os médicos e o presidente da Associação de Moradores:

"Não sei bem porque o postinho saiu, mas acho que foi porque eles [os médicos] se desentenderam com o presidente da Vila que era o Paulo. Agora porque eu não sei". (Sônia, 37 anos)

"Não sei como saiu. Eu fui saber depois de umas duas ou três semanas que tinha saído o postinho dali, que o Paulo tinha tocado eles dali. Como eu não sei". (Júlia, 22 anos)

Como os depoimentos indicam, para os moradores da Vila não envolvidos diretamente no conflito, este conflito é percebido como um

7 Esta percepção das coisas como não permanentes ou como transitórias e não previsíveis é coerente com a percepção do tempo que os moradores da Vila fazem.

8 Esta concepção de que o Posto de Saúde é um *direito* da população está vinculada com a concepção da saúde também enquanto um "direito da população e dever do Estado", da qual parte a concepção de "saúde comunitária" e que respalda a defesa do trabalho do médico enquanto funcionário público. A respeito da relação entre o Estado e a medicina ver Donnangelo, 1975 e Cordoni, 1979.

*desentendimento* entre os médicos e o *presidente*. Os motivos que ocasionaram este *desentendimento*, seja por não estarem explícitos aos moradores ou mesmo por não serem explicitados por eles em suas falas, são percebidos como não sendo de sua competência, isto é, como dizendo respeito exclusivamente aos agentes envolvidos diretamente no conflito. Mesmo aquelas pessoas que demonstram um certo domínio das razões que motivaram o conflito - e que são pessoas de alguma forma relacionada com uma das posições em jogo - acabam considerando este uma questão de relacionamento pessoal entre os médicos e o *presidente*, como ilustra o depoimento de uma entrevistada:

"Tinha um médico lá. Mas daí foi outro presidente que colocou, que ia colocar aquele médico lá (...). Daí o Paulo [presidente da Associação de Moradores] ficou brabo com aquele médico, não sei o que o médico fez lá. Não lembro agora o que o médico fez. Daí eles não aceitaram aquele médico mais ali, mandou para ele ir embora senão o pessoal da vila ia bater nele. Daí ele foi embora. Daí ele [presidente da Associação de Moradores] começou a construir a creche". (Eda, 38 anos)

A fala da entrevistada relatada acima, cujo marido pertencia à primeira Associação de Moradores fundada na Vila, indica para a percepção da relação entre a disputa das duas Associações e o conflito com os médicos e mais, identifica uma destas Associações com os médicos - *o outro presidente que ia colocar aquele médico*. A partir daí apresenta o conflito como se dando em função de algo que o *médico fez* e que motivou o descontentamento de um dos *presidentes - ficou brabo* - e que ocasionou a saída dos médicos da Vila. Além disto, tanto este depoimento como um dois depoimentos transcritos acima, apontam para percepção do uso da violência física - *tocado eles e o pessoal da vila ia bater nele* - por parte do *presidente* para solucionar o conflito. Entretanto, isto não significa a consideração deste como um meio ilegítimo.

Mas por outro lado, a percepção das pessoas relacionadas com a nova Associação de Moradores que foi fundada, e que portanto, estavam diretamente

envolvidas no conflito, difere daquela feita pela maioria dos moradores no sentido de que condena a atitude do *presidente* da outra Associação, sobretudo o uso da violência física<sup>9</sup>. E, se se aproximam em alguns aspectos da percepção dos médicos referentes a não legitimidade deste representante, não chegam a perceber o Posto enquanto um *direito da comunidade*, como o faz a concepção dos médicos. A saída dos médicos é percebida enquanto perda de um benefício, de uma facilidade. O relato de um dos líderes da nova Associação e de um de seus membros explicitam a percepção do conflito a partir desta posição determinada:

"Aí tinha o postinho médico...Aí o Paulo ficou com ciúmes e começou a ir contra os médicos. Porque ele tinha uma Associação e a outra Associação tinha o Posto médico. (...)Ocorreu que ele foi lá, sentenciava os médicos.(...) Aí foi, foi, até que ele chegou um dia e ameaçou os médicos. Disse que o lugar deles era no cemitério. Eu não sei bem como foi esta história, mas parece que foi isso aí... Que ele não queria os médicos e expulsou eles de lá. Daí eu fiz uma representação, fui na delegacia e representei (...)Uma representação contra um elemento que está sentenciando a comunidade, setenciando os médicos que prestam um relevante serviço dentro da área e com isto os médicos vão se afastar, como de fato se afastaram."

"Foi o próprio Paulo que foi lá pedir que eles colocassem um Posto aqui na vila e depois foi ele quem expulsou os médicos da vila. Ele colocou o revólver na cara do doutor C. e daí os médicos foram embora. É que ele queria mandar em tudo sozinho, né. (...) Depois eu até falei em fazer um abaixo-assinado para entregar na justiça e tirar o Paulo daqui de dentro, mas sozinho eu não podia fazer nada, ninguém quis saber. Eu até ofereci este terreno aqui dos fundos para colocar o postinho e até podia conseguir uma junta policial para cuidar...Agora, todo mundo tem que ir até lá em cima para consultar".

Ambos os depoimentos apontam como causa determinante para a saída dos médicos da Vila as ameaças de morte feitas pelo representante da outra Associação de Moradores. Os dois informantes também mencionam a tentativa de

---

9 A respeito dos diferentes princípios de prática das duas Associações ver capítulo I deste trabalho.

apelo a recursos oficiais - como a *delegacia* ou a *justiça* - a fim de reverter a situação e, ao mesmo tempo, punir aquela pessoa identificada como responsável por este conflito. Neste sentido, chegam a *esboçar* uma iniciativa de *organização* da *comunidade* no sentido de reivindicar a volta dos médicos, sendo que um dos informantes apresenta até mesmo uma proposta de local para a instalação do Posto, bem como uma *junta policial* como solução para o uso da violência física.

Por outro lado, a posição dos entrevistados na disputa pelo poder local, aparece marcada pelas referências que fazem ao poder do representante da Associação de Moradores em questão. Este é percebido como *querendo mandar em tudo sozinho* e/ou como *tendo ciúmes*, ou seja, como competindo pelo poder local. E neste sentido, apesar de todo esforço dos médicos para se manterem neutros, o Posto é identificado com uma das Associações (no depoimento de outra informante relatado acima também aparecem relacionado *o outro presidente* e *o médico*) fato que pelo poder que lhe confere, motiva o *ciúmes* de seu opositor.

Pode-se sintetizar as versões que os moradores da Vila apresentam sobre o conflito do Posto de Saúde com a Associação de Moradores em três expressões utilizadas por eles quando se referem especificamente a saída dos médicos da Vila: *expulsos*, *mandados embora* ou *fugiram*. Estas expressões tomam sentido quando referidas à posição que o informante assume no conflito, isto é, com as relações que mantém com os representantes do poder local e com os representantes da medicina oficial.

É assim que a percepção de que os médicos foram *expulsos* da Vila aparece vinculada a posição da nova Associação criada, que se opõe ao presidente da primeira Associação de Moradores e se coloca ao lado dos médicos. Nesta perspectiva está presente a noção de ilegitimidade das atitudes do *presidente* e uma condenação explícita ao uso da violência física. Já na percepção de que os médicos foram *mandados embora*, não está presente esta condenação da força física e a solução do conflito dada pelo *presidente* é considerada como legítima, pois pertence a sua área de competência. Esta parece ser a percepção que a maior parte dos moradores, por não estarem envolvidos diretamente no conflito, possuem a respeito da situação. Por fim, a expressão de que os médicos *fugiram*, apesar de ser minoritária entre os entrevistados, indica uma percepção da não resolução do conflito por parte dos médicos. Expressa ainda uma noção de abandono, ou seja,

de que os médicos abandonaram o Posto e a Vila. Um exemplo desta noção é dado por uma entrevistada, que ao relatar a saída dos médicos afirma: "eles não quiseram ficar mais, até abandonaram o postinho". Esta percepção aparece vinculada àquelas pessoas que mantinham uma relação bastante intensa tanto com os médicos como com a primeira Associação de Moradores.

### 5. Do *Abandonar* ao Ser Abandonado

A saída da Vila Dique, em função do conflito com a Associação de Moradores, adquire, para os médicos, um significado determinante. Se, por um lado, esta experiência pode ser percebida em termos profissionais, como um aprendizado, no que se refere especialmente ao aprendizado de como fazer *trabalho comunitário* e da importância deste e da *prevenção* em termos da melhora das condições de saúde da população. Por outro lado, esta experiência é percebida, pelos médicos diretamente envolvidos, a nível de sua significação pessoal.

A importância atribuída, pelos médicos, ao trabalho na Vila Dique, por esta ser um local *necessitado, pobre*; a representação que tinham da Vila, enquanto uma *comunidade organizada*; acrescida de todas as suas expectativas em relação a proposta de desenvolver um *trabalho comunitário*, conferiram uma significado específico à percepção dos médicos de sua saída da Vila. O Posto da Vila Dique representava para os médicos a conquista de um ideal profissional, como expressa o depoimento abaixo:

"E lá na Dique nós tínhamos tudo que a gente precisava. A gente tinha sala de espera, dois consultórios, sala de enfermagem e sala de estudos, com sofá, com livros e tudo. Um bagulho, um casebre com buracos no telhado, mas tinha. (...)Então era um prazer para a gente trabalhar lá. A gente foi arrumando as coisas. Eu acho que o prazer que a gente teve lá foi o mesmo que o do médico ao montar seu consultório particular privado."

O Posto era percebido pelos médicos, ao mesmo tempo, como uma conquista da *comunidade* - por ter reivindicado e por este ser um *direito* da população - e uma conquista pessoal - por materializar um ideal profissional. O

Posto da Vila Dique representava para os médicos, um ideal em termos da proposta de medicina comunitária, é, em paralelo com o *consultório particular*, o *consultório público* em uma *comunidade necessitada*.

É a partir desta percepção do Posto e de seu significado, em termos da importância profissional e pessoal, que o conflito com a Associação de Moradores e a saída da Vila são percebidos pelos médicos. Se o Posto representava uma conquista, a saída da Vila, o deixar o Posto, representou um *perda*. O relato da saída da Vila feito por um dos médicos traduz este sentimento e seu significado:

"E aí nós decidimos que íamos fechar o posto (...). Foi um momento super emocionante. Eu comparei este momento como um aviso no rádio de que está vindo uma enchente, aí, antes de inundar o posto, nós começamos a recolher as coisas da gente. Mas era tanta coisa que a gente não tinha como levar tudo.(...) Depois a gente ria da prioridade que a gente deu para as coisas que eram mais queridas, mais chegadas, para a gente poder ir embora. Tinha uma paciente na sala-de-espera para ser atendida, então nós pegamos o prontuário da paciente mais a paciente. Então nós colocamos estas coisas pequenas mais a paciente no carro e viemos embora para a Vila Floresta. Debandamos, fugimos da coisa esperando que a enchente tomasse conta. A gente se olhava com os olhos cheios d'água porque era um trabalho que a gente gostava. E dizendo assim: 'a gente tem que ir, não tem como ficar'. É uma coisa assim, a gente tem que abandonar. Foi um momento super emocionante."

Como expressa o depoimento, a saída da Vila foi vivida em termos de uma *perda*, ao mesmo tempo, emocional e profissional, visto que materializava um ideal profissional, parte de um ideal de vida. O sentimento de *ter que abandonar*, de *fugir* ou de *não ter como ficar*, denota o caráter involuntário deste ato frente à situação, mas aponta também para o que está sendo *abandonado* e/ou do que se está *fugindo*. Deste modo, *abandonar* significava deixar um *trabalho que se gosta* e, simultaneamente, deixar uma *comunidade* que era quem dava sentido a este trabalho. Assim, se foi possível levar as *coisas mais queridas* do Posto, entre as

quais, simbolicamente uma *paciente* e seu *prontuário* (em vez de desmarcar a consulta frente às circunstâncias), por outro lado a *comunidade* teve que ser *abandonada*<sup>10</sup>.

Entretanto, é justamente o caráter involuntário que os médicos atribuem a sua saída da Vila, ou seja, à percepção de que foram *expulsos* de lá, e, sobretudo, o fato de considerarem este ato como ilegítimo, no sentido de que não representava a vontade da população, que faz com que o sentimento de *abandonar a comunidade* traduzisse simultaneamente, o sentimento de que foram *abandonados* pela *comunidade*. Dito de outra maneira, a não correspondência da *comunidade* às expectativas que os médicos tinham - motivada pela percepção de seu *envolvimento* com as pessoas da Vila - de que esta iria se mobilizar pela sua volta e a reativação do Posto, representou uma *frustração* maior do que o próprio conflito com o *presidente* da Associação de Moradores.

A questão que se colocava então, tanto para os médicos que atuavam na Vila como para todo o Serviço de Saúde Comunitária, era o que fazer com os moradores da Vila Dique que vinham procurar atendimento no Posto de Saúde da Vila Floresta. Pois, se por um lado, os médicos se sentiam *frustrados* com a não mobilização destas pessoas e julgavam que, se não podiam voltar para a Vila e desenvolver um *trabalho comunitário*, não deveriam nem prestar atendimento ambulatorial aos moradores da Vila. Por um outro lado, pesava nesta decisão todo o *envolvimento* que tinham com as pessoas e a percepção de que estas *necessitavam* de seus serviços, ou seja, o sentimento de que não podiam *abandoná-las*. A fala de um médico evidencia esta percepção:

"Depois disso a gente decidiu: não atendemos mais a Vila Dique. Já que a gente não pode fazer um trabalho comunitário na Vila Dique, a gente também não pode mais atender eles. Eles vão ser que nem qualquer outra vila necessitada da capital, vão procurar atendimento seja onde deus quiser, eles que consigam. E aí, tinha a fulana de tal que estava em pré-natal e aí essa a gente não podia abandonar. Essa até terminar o pré-natal. Tinha o Seu Rodrigues que tinha diabete e pressão

---

10 Esta percepção dos médicos como *abandonando a comunidade* é expressa por uma parte dos entrevistados, quando afirma que os médicos *fugiram* da Vila, como já foi salientado anteriormente.

alta e estava em tratamento e não podia... Então o Seu Rodrigues ia ser atendido. Tinha o fulano de tal que estava com tuberculose e tinha que ser avaliado, então este ia continuar. Tinha o fulano que, puxa, é super meu amigo. Tinha o beltrano, coitado, ele não podia pagar o ônibus para ir (...). E aí se institui o atendimento da Vila Dique na Vila Floresta".

O que para os médicos parecia paradoxal era: por que, se as pessoas realmente desejavam os serviços prestados pelo Posto - como manifestavam através da procura destes serviços no Posto de Saúde da Vila Floresta - elas não foram capazes de discordar da atitude tomada pelo presidente da Associação de Moradores e se mobilizarem para a reativação do Posto na Vila. E de forma mais específica, como que estas mesmas pessoas, que não contestaram esta atitude, voltavam a procurar os seus médicos como se nada tivesse ocorrido. Se na perspectiva dos médicos, isto podia ser, atribuído ao *medo* ou *falta de conscientização* das pessoas, ao mesmo tempo, esta explicação não resolvia a questão do *envolvimento* entre eles e os moradores da Vila. Ou seja, não diminuía o sentimento de *frustração* uma vez que eles tiveram todo um investimento na Vila a fim de que esta *conscientização* fosse possível.

O que está em questão nesta relação entre os médicos e os moradores da Vila Dique (ou a *comunidade*) é, de fato, perspectivas diferentes sobre a mesma situação<sup>11</sup>. Para os médicos, que compartilham da concepção de saúde e medicina do Serviço de Saúde Comunitária, o Posto de Saúde deve se integrar na *comunidade* a ponto de que seja percebido como parte desta<sup>12</sup>. Ainda neste sentido, os dois tipos de atividades que desenvolvem - atendimento ambulatorial e *trabalho comunitário* - são concebidos como relacionados e indissociáveis. E por fim, por entenderem a saúde enquanto um *direito* da população, os médicos percebem também o Posto de Saúde e os serviços que este oferece como um *direito* da *comunidade*. É a partir destes princípios que os médicos percebem suas relações

---

11 Estas diferentes percepções da situação são dadas em função das diferentes posições que os médicos e os moradores da Vila ocupam na estrutura social, que por sua vez produz diferentes *habitus* e operam segundo lógicas distintas.

12 Sobre a concepção de saúde e medicina defendida pelo Serviço de Saúde Comunitária em contraposição a concepção dominante no campo médico ver capítulo V deste trabalho.

com a *comunidade* da Vila Dique. É também nesta perspectiva, que o sentimento de *frustração* em relação à posição tomada pelos moradores da Vila - a sua não mobilização em favor dos médicos - adquire significado.

Já na perspectiva dos moradores da Vila Dique, há uma separação bastante nítida entre as relações que estabelecem com o Posto e os médicos e as redes de relações locais (relações com os representantes do poder local, relações de vizinhança, relações de parentesco). O Posto, apesar de estar localizado dentro da Vila, é percebido como pertencendo a uma outra esfera das relações sociais. Da mesma forma que os médicos, que apesar de todo um esforço em se identificarem com a *comunidade*, são identificados com uma outra classe social, também as relações que os moradores da Vila estabelecem com eles são percebidas como separadas de suas relações cotidianas.

A partir deste princípio, a população da Vila concebe, como também separados e distintos, os domínios de atuação dos médicos e dos representantes da Vila (*chefe* ou *presidente* da Vila). Ao contrário das expectativas dos médicos, de uma integração entre estes dois domínios, para os moradores da Vila, eles fazem parte de mundos bem distintos. Assim, ao *chefe da Vila* é atribuída a competência sobre a gerência deste espaço (concebido ao mesmo tempo enquanto um espaço geográfico e social), o seu domínio de atuação se refere especificamente as relações da Vila com os representantes de outras esferas da sociedade. Enquanto que o domínio dos médicos se define em função das relações que os moradores da Vila estabelecem a partir de suas concepções sobre a doença e a cura<sup>13</sup>. É neste sentido que, o fato de os moradores da Vila não contestarem a atitude do presidente da Associação de Moradores e mesmo, a considerarem legítima, não significa que estes não desejem e não recorram aos serviços prestados pelos médicos de Posto. O que é percebido pelos médicos como uma *frustração* e um paradoxo, é percebido pelos moradores da Vila como duas coisas distintas e separadas.

---

13 Para a análise da percepção e concepção que os moradores da Vila Dique fazem a respeito do corpo, doença e saúde e dos diferentes recursos de cura que mobilizam, ver capítulos II e III deste trabalho.

## 6. População e Médicos: A Procura da Cura e a Prática de *Prevenção*

O conflito entre os médicos e os representantes do poder local verificado na Vila Dique é tomado apenas como uma manifestação extrema dos diferentes fatores implicados nas relações que se estabelecem entre os profissionais da saúde e uma determinada população alvo de suas práticas. Isto, no contexto específico de uma prática médica que se centra na noção de *prevenção* (a partir de uma definição de "saúde comunitária") e que portanto, ocupa uma posição dominada no campo médico, e de uma população de baixa-renda habitante da periferia urbana.

No que tange a população e, mais especificamente aos moradores da Vila Dique, as condições de existência a que estão sujeitos, as relações que mantêm com as diferentes esferas da sociedade e a percepção que possuem de sua posição social - bem como as suas concepções específicas a respeito do corpo, da doença e da saúde - determinam suas relações com os representantes da medicina oficial. Neste sentido, é a partir da percepção de sua posição na sociedade, que os moradores da Vila Dique consideram os médicos e suas relações com este especialista como pertencendo a uma outra esfera que não a de suas relações cotidianas. O médico representa, não apenas uma outra classe social, mas também um conhecimento especializado e uma prática legítima sobre uma determinada área, a doença.

Este reconhecimento da legitimidade do médico e da medicina oficial sobre a doença, e mais especificamente, sobre as *doenças graves*, faz desta um recurso de cura acionada nesta situação. Isto não significa entretanto, que seja delegado à medicina oficial e ao médico a legitimidade de atuação sobre outros domínios. A separação entre os médicos e a população, que se expressa na separação entre a Vila e o Posto de Saúde, circunscreve as práticas médicas ao domínio das questões diretamente relacionadas com a doença, reservando ao representante do poder local (*chefe* ou *presidente* da Vila) a legitimidade sobre as questões referentes às relações da Vila com representantes de outras esferas da sociedade. Neste sentido, a relação entre o representante da Vila e os médicos se

localiza num domínio distinto da relação entre, por exemplo, um morador da Vila e seu médico.

É também a partir desta atribuição de um domínio específico à atuação da medicina oficial, que a procura deste recurso não aparece excludente com a mobilização de outros recursos e especialistas de cura - como por exemplo, a medicina familiar e os especialistas religiosos. Tendo por domínio comum a atuação sobre a doença, estes diferentes recursos de cura são mobilizados face a percepção e classificação da doença. A eles é atribuído uma competência específica dada tanto pela especificidade da doença, como pela especificidade da situação.

Em concordância com as suas concepções e práticas a respeito do corpo, da doença e da saúde - resultantes da incorporação das condições sociais em forma de um *habitus* - para a população da Vila Dique, o Posto de Saúde e, de forma geral, a medicina oficial, são percebidos como tendo por atribuição agir sobre a doença, isto é, curar. Recorrer aos recursos da medicina oficial significa, nesta perspectiva, em primeiro lugar, que a pessoa já se percebe como doente (com uma *doença grave*) e, em segundo lugar, que está procurando a cura, ou seja, um recurso para agir sobre sua doença. Desse modo, a noção de *prevenção*, que é o ponto central de argumentação de uma determinada concepção de saúde e de medicina a qual corresponde também determinadas práticas, é incompatível com estas concepções.

Mas, se em um nível esta incompatibilidade - que se manifesta através da diferença entre o que os profissionais da saúde se propõem a fazer e o que a população busca neles - pode ser atribuída à diferença entre as concepções de saúde, doença e medicina dos médicos e da população; em um outro nível, ela é decorrência da relação diferenciada que estes agentes sociais mantêm com o campo médico. Assim, para os profissionais da saúde, particularmente os médicos, a noção de *prevenção* é determinante, no sentido de definir uma concepção de saúde e medicina que se opõe à concepção dominante no campo médico, que enfatiza a *medicina curativa*. A importância atribuída ao *trabalho comunitário* e ao sucesso deste, bem como todo o *envolvimento* que dispensam a esta atividade profissional, que é também parte de um ideal de vida, está diretamente vinculada a esta disputa pela imposição de uma nova definição de saúde e medicina, que precisa para isto, provar sua eficácia. Nesta perspectiva, a *comunidade*, ou melhor,

o apoio desta, representa uma garantia para sua própria existência. O que está em questão, para os médicos, é sua posição no campo médico e, conseqüentemente, na sociedade.

Já a população mantém com o campo médico uma relação de exterioridade, no sentido de que não está engajada nas disputas internas do campo. Assim, apreende este a partir da concepção que consegue se impor como dominante, a da *medicina curativa*. Mas é, simultaneamente, usada pelos representantes de uma posição dominada no campo médico para impor (ou provar) uma concepção de *saúde comunitária e medicina preventiva*. Alheia a isto, o que está em questão, para a população, é sua relação com a cultura dominante, que se dá pela interpretação das concepções dominantes desta cultura, como é por exemplo, a concepção da *medicina curativa* e o recurso ao *hospital*. Neste sentido, muitas das práticas enfatizadas pelos profissionais da saúde vinculados a concepção de *saúde comunitária*, são percebidas pela população como uma diferenciação de classe social, ou mais especificamente, como um tratamento diferenciado dispensado pelos médicos em decorrência de sua posição social - como é por exemplo, o uso de medicamentos com preços mais acessíveis em substituição daqueles mais caros ou ainda o esforço despendido por estes profissionais da saúde no sentido da *desmistificação* da imagem do médico.

#### IV. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

ARIÉS, Philippe. História Social da Criança e da Família. Rio de Janeiro, Guanabara, 1986.

ARLIAUD, Michel. Le Corps Etranger; Trajectoires Sociales et Socialisation Professionnelle en Medecine. Paris, Laboratoires d'Economie et de Sociologie du Travail, 1984.

\_\_\_\_\_. Les Médecins. Paris, La Découverte, 1987.

AUGÉ, Marc. Ordre biologique, ordre social: la maldie forme élémentaire de l'évènement. AUGÉ, M. e HERZLICH, C. Le Sens du Mal. Paris, Archives Contemporaines, 1984.

AUGÉ, Marc. L'Anthropologie de la maladie. L'Homme, jan./juin., 1986.

BASZANGER, Isabelle. Les maladies chroniques et leur ordre negocié. Revue Française de Sociologie, jan/mar, XXVII, 1986.

BOLTANSKI, Luc. As Classes Sociais e o Corpo. Rio de Janeiro, Graal, 1984.

\_\_\_\_\_. Les Cadres: la formation d'un groupe social. Paris, Minuit, 1982.

BOURDIEU, Pierre. Esquisse d'une Théorie de la Pratique. Genebra, Droz, 1972.

\_\_\_\_\_. Remarques Provisoires sur la Perception Sociale du Corps. Actes de la Recherche en Sciences Sociales. Paris, avr., 1977.

\_\_\_\_\_. La Distinction: Critique Sociale du Jugement. Paris, Minuit, 1979.

- \_\_\_\_\_. La Noblesse d'État. Paris, Minuit, 1989.
- BRANDÃO, Carlos Rodrigues. Os Deuses do Povo. São Paulo, Brasiliense, 1986.
- \_\_\_\_\_. O Festim dos Bruxos: estudos sobre religião no Brasil. São Paulo, Ícone/UNICAMP, 1987.
- BUSNELLO, Ellis A.D'Arrigo. A Integração da Saúde Mental num Sistema de Saúde Comunitária. Porto Alegre, 1976.
- CALDEIRA, Teresa Pires. A Política dos Outros. São Paulo, Brasiliense, 1984.
- CAMARGO, Maria Thereza. Medicina Popular. Cadernos do Folclore, n.8, MEC/Fundação Nacional da Arte, Rio de Janeiro, 1976.
- CARDOSO, Ruth. Favela: Conformismo e Invensão. Ensaio de Opinião, vol.2, Rio de Janeiro, Inúbia, 1977.
- \_\_\_\_\_. Sociedade e Poder: As Representações dos Favelados em São Paulo. Ensaio de Opinião, vol.6, Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1978.
- CARDOSO, Ruth et all. Poder Local e Participação: Estudo comparado de Agências Locais. Trabalho apresentado no XI Encontro Anual da ANPOCS no GT Políticas Públicas. Águas de São Pedro, 1987.
- CORADINI, Odaci Luiz. Ciências, Pensamento e Políticas "Sociais": as lutas e conflitos acerca da saúde e previdência social rural. Rio de Janeiro, Comunicações, PPGAS/Museu Nacional/UFRJ (a sair).
- CORDONI JR, Luiz. Medicina Comunitária: Emergência e Desenvolvimento na Sociedade Brasileira. São Paulo, PPGMP/USP, 1979 (Dissertação de Mestrado).
- COSTA, Jurandir Freire. Ordem Médica e Norma Familiar. Rio de Janeiro, Graal, 1979.

DONNANGELO, Maria Cecília. Medicina e Sociedade. São Paulo, Pioneira, 1975.

\_\_\_\_\_. Saúde e Sociedade. São Paulo, Duas Cidades, 1976.

DONZELOT, Jacques. A Polícia das Famílias. Rio de Janeiro, Graal, 1980.

DUARTE, Luiz Fernando D. Três Ensaios Sobre Pessoa e Modernidade. Rio de Janeiro, Boletim do Museu Nacional. n.41, agosto, 1983.

\_\_\_\_\_. Da Vida Nervosa nas Classes Trabalhadoras. Rio de Janeiro, Zahar, 1986.

DURHAM, Eunice R. A Caminho da Cidade. São Paulo, Perspectiva, 1973.

\_\_\_\_\_. Sociedade vista da Periferia. In: KOWARICK, L. (coord.). As Lutas Sociais e a Cidade: São Paulo, Passado e Presente. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1988.

DURKHEIM, Emilio. Las Formas Elementales de la Vida Religiosa. Buenos Aires, Editorial Schapire, 1968.

EVANS-PRITCHARD, E.E. Bruxarias, Oráculos e Magia entre os Azande. Rio de Janeiro, Zahar, 1978.

FAVRET, Jeanne Saada. Les Mots, la Mort, les Sorts. Paris, Gallimard, 1977.

FREIDSON, Eliot. La Profession Médicale. Paris, Payot, 1984.

FRIEDMANN, Daniel. Les Guerisseurs. Paris, Métailié, 1981.

FONSECA, Claudia Lee. Valeur Marchande, Amour Maternel et Survie: Aspects de la Circulation des Enfants dans en Bindonville Brésilien. Annales ESC, sep./oct, n.5 (pp.991-1022), 1985.

\_\_\_\_\_. Aliados e Rivais na Família: o conflito entre afins em uma vila portoalegrense. Revista Brasileira de Ciências Sociais, n.4, vol.2, 1987.

\_\_\_\_\_. Internato do Pobre: Febem e a Organização Doméstica em um Grupo Portoalegrense de Baixa Renda. Temas Imesc, 4(1):21-39. São Paulo, Soc. Dir. Saúde, 1987.

\_\_\_\_\_. Feminino, Masculino e Formas de Poder: O Código de Honra em uma Vila Portoalegrense. Cadernos de Estudo do PPGAS-UERGS, n.8, Porto Alegre, julho, 1988.

\_\_\_\_\_. La Religion dans la Vie Quotidienne d'un Groupe Populaire Brésilien. Archives de Sciences Sociales des Religions, n.73, Jan./mar., 1991.

FOSTER, George. Peasant Society and the Image of Limited Good. American Anthropologist, 67:293-315, 1965.

FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro, Graal, 1979.

\_\_\_\_\_. História da Sexualidade III: O Cuidado de Si. Rio de Janeiro, Graal, 1985.

HERZLICH, Claudine. Santé et Maladie: analyse d'une représentation sociale. Paris, Mouton, 1975.

\_\_\_\_\_. Médecine moderne et quête de sens: la maladie signifiant social. AUGÉ, M. e HERZLICH, C. Le Sens du Mal. Paris, Archives Contemporaines, 1984(a).

HERZLICH, Claudine e PIERRET, J. Malades d'Hier, Malades d'Aujourd'hui. Paris, Payot, 1984.

ILLICH, Ivan. A Expropriação da Saúde: mêmesis da medicina. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1975 (4 ed.).

KNAUTH, Daniela Riva. Os Doentes, suas Relações e Representações Sociais. Trabalho apresentado na 42 Reunião Anual da SBPC. Porto Alegre, julho, 1990.

LAPLANTINE, François. Anthropologie de la Maladie. Paris, Payot, 1986.

LEAL, Ondina Fachel. The Gauchos: Male Culture and Identity in the Pampas. Berkeley, Universidade da California, Phd Antropologia, 1989.

LÉGER, D. De la guérison au salut: les communautés apocalyptiques néo-rurales en France. AUGÉ, M. e HERZLICH, C. Le Sens du Mal. Paris, Archives Contemporaines, 1984.

LÉVI-STRAUSS, Claude. Antropologia Estrutural. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1989 (3ed.)

LOUX, Françoise. Traditions et Soins d'Aujourd'hui. Anthropologie du corps et professions de santé. Paris, Inter Éditions, 1990.

LOYOLA, Maria Andréa. A Medicina Popular. GUIMARÃES, R. (org.). Saúde e Medicina no Brasil. Rio de Janeiro, Graal, 1978.

\_\_\_\_\_. Médicos e Curandeiros: Conflito Social e Saúde. São Paulo, Difel, 1984.

MARIANTE, Hélio Moro. Medicina Campeira e Povoeira. Porto Alegre, Martins Livreiro, 1984.

MATTOS, Luis Felipe C. et all. Pacientes Frequentes: Um Estudo de Relação Médico-Paciente em uma Unidade de Medicina Comunitária de um Hospital Público de Porto Alegre. Porto Alegre, Escola de Saúde Pública - SSMA, 1990.

- MAUSS, Marcel. As Técnicas Corporais. Sociologia e Antropologia. São Paulo, EPU/EDUSP, 1974.
- \_\_\_\_\_. Esboço de uma teoria da magia. Sociologia e Antropologia. São Paulo, EPU/EDUSP, 1974.
- MONTERO, Paula. Da Doença à Desordem: a Magia na Umbanda. Rio de Janeiro, Graal, 1985.
- NEVES, Delma P. As "Curas Milagrosas" e a Idealização da Ordem Social. Niterói, UFF, 1987.
- OLIVEIRA, Elda Rizzo de. O Que é Benzeção. São Paulo, Brasiliense, 1985.
- ORTIZ, Renato. A Morte Branca do Feiticeiro Negro. Petrópolis, Vozes, 1978.
- PELLEGRINI FILHO, Alberto et all. GUIMARÃES, R. (org.). Saúde e Medicina no Brasil. Rio de Janeiro, Graal, 1978.
- PIERRET, J. Les significations sociales de la santé: Paris, l'Essonne, l'Hérault. AUGÉ, M. e HERZLICH, C. Le Sens du Mal. Paris, Archives Contemporaines, 1984.
- PITT-RIVERS, Julian. Antropologia del Honor: Política de los Sexos. Barcelona, Crítica, 1979.
- SINDZINGRE, N. La nécessité du sens: l'explication de l'infortune chez les Senufo. AUGÉ, M. e HERZLICH, C. Le Sens du Mal. Paris, Archives Contemporaines, 1984.
- TEIXEIRA, Sônia M.F. e OLIVEIRA, Jaime. Previdência e Assistência Médica no Brasil. Rio de Janeiro, 1983.
- VICTORA, Ceres G. Mulher, Sexualidade e Reprodução: Representações de Corpo em uma Vila de Classes Populares em Porto Alegre. Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social - UFRGS, 1991 (Dissertação de Mestrado).

ZALUAR, Alba. A Máquina e a Revolta: As Organizações Populares e o Significado da Pobreza. São Paulo, Brasiliense, 1985.

WEBER, Max. Economía y Sociedad: Esbozo de Sociología Comprensiva. México, Fondo de Cultura Económica, 1964.

ANEXO

Mapa: Posto de Saúde da Vila Floresta

