

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE HUMANIDADES  
MESTRADO EM SOCIOLOGIA

# OS MISTÉRIOS DO CORPO

Estudo das representações sobre Saúde em Princesa Isabel – PB

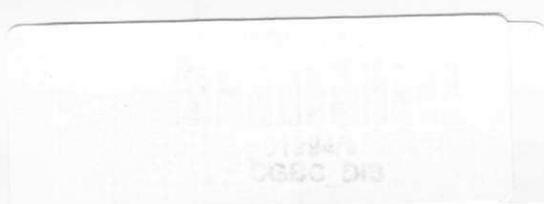
MÔNICA BARROS DA NÓBREGA

CAMPINA GRANDE – PARAÍBA

1997

1015  
316.229.502616-0031 (93)  
WILSON

1102  
012.321.1111  
PITAGORA



**MÔNICA BARROS DA NÓBREGA**

**OS MISTÉRIOS DO CORPO**

**Estudo das representações sobre Saúde em Princesa Isabel – PB**

*Dissertação apresentada à Universidade Federal da Paraíba como pré-requisito para obtenção do grau de Mestre em Sociologia, com Área de Concentração em Sociologia Rural.*

**ORIENTADORA: Maria Cristina de Melo Marin**

**Campina Grande**



N754m Nobrega, Monica Barros da  
Os misterios do corpo : estudo das representacoes sobre  
saude em Princesa Isabel-PB / Monica Barros da Nobrega. -  
Campina Grande, 1997.  
144 f.

Dissertacao (Mestrado em Sociologia) - Universidade  
Federal da Paraiba, Centro de Humanidades.

1. Sociologia Rural 2. Representacoes Sociais - 3.  
Servicos Publicos de Saude - 4. Saude - 5. Hospital  
(Historia) 6. Medicina Social 7. Dissertacao I. Marin,  
Maria Cristina de Melo, Profa. II. Universidade Federal da  
Paraiba - Campina Grande (PB) III. Titulo

CDU 316.334.52:616-058(043)

# OS MISTÉRIOS DO CORPO

Estudo das representações sobre Saúde em Princesa Isabel – PB

*Mônica Barros da Nóbrega*

BANCA EXAMINADORA:

---

Prof<sup>a</sup> Maria Cristina de Melo Marin (orientadora)

---

Prof<sup>a</sup> Maria do Socorro Oliveira

---

Prof<sup>a</sup>. Maria Barbosa Dias

---

Prof<sup>a</sup>. Ghislaine Duqué

Este exemplar corresponde à redação final da dissertação defendida e aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/1997.

*“Tudo que faz parte ou pode fazer parte desse mundo inevitavelmente se submete a ter o sujeito como condição e a só existir pelo sujeito. O mundo é representação”.*

*Schopenhauer*

***Dedico***

***A Cícero e Edilva cujo  
incentivo me levou a trilhar, confiante,  
este caminho, acreditando no êxito  
pleno dos meus esforços.***

## Agradecimentos

Ao concluir esta árdua jornada, posso ver o desempenho do meu exaustivo trabalho, bem como reconhecer a valiosa ajuda e boa vontade de todos que solidariamente comigo procuraram amenizar essa escalada.

Aí vão os meus agradecimentos:

Ao meu Deus Onipotente, no amor que define a glória de viver, sonhar e realizar. Onipresente nos momentos mais difíceis quando necessitei de ajuda. Onisciente, fazendo-me participe do luzeiro do saber, cujos reflexos alcançam todas as dimensões.

Aos meus informantes, fonte rica de conhecimento e inspiração, o meu reconhecimento. Sem a receptividade e colaboração que me dispensaram, nada poderia ter sido realizado.

Ao meu pai, Inocêncio Nóbrega, com muita saudade por vê-lo partir sem a certeza de que esta batalha me fizera feliz. À minha mãe, Ada Barros, por ter procurado sempre camuflar os espinhos dessa jornada, protegendo-me a sua maneira, e hoje se compraz com a minha vitória.

Aos meus irmãos, a minha cunhada Teresa Cristina e Dida, minha tia, dos quais recebi sólido apoio e marcante incentivo no decorrer desta caminhada.

Aos meus tios João e Ceição, pela agradável hospitalidade que me proporcionaram durante a minha estada em Princesa Isabel. Às primas Soraya, Sineyde e a amiga Bom Conselho, pela atenção e, sobretudo, pelo empenho que tiveram para facilitar a efetivação da pesquisa de campo.

À professora Maria Cristina de Melo Marin, minha orientadora. Agradeço seu apoio e sua maneira carinhosa de conduzir-me ao longo da elaboração deste trabalho. A minha admiração e o meu respeito extrapolam quaisquer palavras.

À professora Mércia Rejane Rangel Batista, que me abriu as portas para os primeiros contatos com o conceito de representações sociais e, acima de tudo, pela sua presteza em sugerir-me leituras e aprofundar idéias, levando-me a olhar criticamente este texto.

Aos mestres, minha gratidão por deixarem fluir sem restrições seus conhecimentos, colocando em minhas mãos os instrumentos com os quais abrirei novos horizontes.

Aos queridos colegas deste caminhar: Gil, Jackeline, Maurino, João Nunes, Roberto, Justino, Xênia, Luis Henrique. Juntos, inauguramos novas maneiras de conviver e sonhar. De modo carinhoso, a Lucira pelo seu encorajamento, sua solidariedade e sua valiosa contribuição e a Ângela, pelo incentivo que me deu para que eu me submetesse à seleção do Mestrado, o meu agradecer entrelaçado de saudades.

Aos funcionários dos hospitais São Vicente de Paulo e Deputado José Pereira Lima, pelo acolhimento carinhoso e prontidão em atender a todas as minhas solicitações durante a pesquisa, contribuindo para a construção deste trabalho.

Aos funcionários do curso de Mestrado em Sociologia, João, Vera e Rinaldo, pelo seu despojado interesse em facilitar o andamento dos trabalhos, amenizando, prestimosamente, os empecilhos burocráticos.

À amiga Teresa Cristina Péret, pelas sugestões de leituras e, em especial, pela amizade e apreço que sempre me tem demonstrado.

A Iranilson Buriti, que digitou mais de uma vez e com a mesma perfeição as inúmeras folhas que eu refazia depois de prontas, por sua paciência, bom humor e encorajamento.

À CAPES, que com uma bolsa de estudo durante 30 meses, possibilitou a efetivação deste aprendizado.

# Sumário

## RESUMO / ABSTRACT

## INTRODUÇÃO

### **CAPÍTULO I – A Pesquisa de Campo**

1 – A Pesquisa -----	01
2 – Situação de Pesquisa -----	11
3 – Os Serviços de Saúde em Princesa Isabel: sua estrutura e distribuição -----	18

### **CAPÍTULO II – Lugar de Cura ou de Exclusão?**

1 – O Hospital – Breve Histórico -----	23
2 – Um Modo de Olhar o Internamento Hospitalar -----	35
3 – Mulheres – Principais Presenças nos Hospitais -----	40
4 – Nós, os Pacientes, Eles, os Doutores -----	45

### **CAPÍTULO III – Saúde e Doença em Princesa Isabel**

1 – A Concepção dos Usuários -----	58
2 – Os Agentes Intermediários de Cura do Mundo Espiritual -----	81
3 – Os Agentes Intermediários de Cura do Mundo Material -----	95

### **CAPÍTULO IV – Preservar a Saúde e Curar a Doença**

1 – Práticas Preventivas -----	105
2 – Práticas Curativas -----	120

CONCLUSÃO -----	131
-----------------	-----

BIBLIOGRAFIA -----	136
--------------------	-----

## ANEXOS

## Resumo

Esta dissertação trata das representações sobre saúde, doença e cura elaboradas pelos usuários dos serviços públicos de saúde do Município de Princesa Isabel – PB, dotado de uma rede de serviços que polariza uma assistência médica hospitalar que abrange diversos municípios circunvizinhos.

A pesquisa de campo foi desenvolvida entre os meses de maio e junho de 1996, voltada para o entendimento da relação usuário e serviços públicos de saúde, a partir de um cenário hospitalar.

A metodologia utilizada priorizou o método qualitativo, operacionalizado por entrevistas abertas, seguindo um roteiro previamente estabelecido e gravadas em fitas magnéticas. Ainda como instrumento de registro foi adotado um caderno de anotações e máquina fotográfica.

Foram entrevistados 25 usuários, 02 médicos, 03 enfermeiros, 01 auxiliar de enfermagem, 01 ecônoma (equivalente à nutricionista), 01 proprietário de farmácia, 01 mãe-de-santo e 04 rezadores, totalizando em 39 informantes e 43 entrevistas.

A análise dos dados, por sua vez, fundamentou-se no recorte das suas falas, agrupadas nos seguintes temas: saúde e doença; alimentação e higiene; a cura; o corpo; relação enfermeiro-paciente; o hospital; os medicamentos; a hospitalização; a consulta médica e a relação médico-paciente.

## Abstract

This dissertation talks about the representation of healthy, disease and healing made by the users of the public service of Princesa Isabel's county – Pb, gifted of one grid of service of medical assistance that embrace many county around.

The research was developed between the months of May and June of 1996, based in the relation between user and public service of healthy, from the observation of one hospital.

The methodology used, gave more importance to the qualitative method, made by free interview, following one schedule already set and recorded in cassette recorded, and also used like a way of register were used a notebook .

The interview was made with 25 users, 2 doctors, 03 nurse, 1 nurse's auxiliary, the owner of a pharmacy, a foster mother, 4 prayers so we finished this interview with 37 interviews.

The analyze of this research, based on the interview, gathering in these specific themes, healthy and decease; alimentation and hygiene; the healing; the body; relation between nurse and patient; the hospital; the medicines, hospitalize; the medical counsel and the relation between doctor and patient.

## Introdução

Este trabalho pretende, a partir da pesquisa em que se baseia, dar uma contribuição no sentido de se entender a relação entre os serviços públicos de saúde e seus usuários. Essa contribuição nasce do que foi relatado pelos próprios usuários e profissionais do referido serviço, ao narrarem o que viveram e o que vivem num cenário hospitalar.

O resultado obtido situa-se na esfera de estudos mais vastos na produção de conhecimentos sobre o processo saúde-doença, especialmente no que diz respeito ao desempenho dos serviços públicos de saúde na prevenção e cura de doenças. Embora o tema seja amplamente abordado, sempre suscitará novas interpretações, razão pela qual estou deixando a critério dos leitores as críticas, a possibilidade de discutir, de somar e demandar elaborações e refinamentos posteriores.

O trabalho de campo realizado no Município de Princesa Isabel, nos meses de maio e junho de 1996, sob minha responsabilidade, será aqui apresentado em quatro capítulos.

Retrato, inicialmente, **A Pesquisa de Campo**, envolvendo, particularmente, a metodologia utilizada e os conceitos a partir dos quais trabalho o objeto de estudo.

No segundo capítulo, **Lugar de Cura ou de Exclusão?**, faço um breve levantamento sobre a história do Hospital enquanto instituição universal e milenar, onde o saber e o fazer médico se concretizam. Procuo salientar os momentos e circunstâncias nas quais o usuário busca o alívio das doenças que o fazem enfermo, através de uma assistência médica. Analiso a relação estabelecida entre eles e o médico, entre eles e o enfermeiro, vivenciada durante a consulta médica e a hospitalização.

Nesse contexto, gesta-se uma relação social na qual o cidadão, com direitos e sob os deveres do Estado, toma uma tipologia de “paciente”, despojado de autonomia e à mercê das determinações médicas.

Em seguida, **Saúde e Doença em Princesa Isabel**, destaco as concepções acerca da saúde, doença e cura, edificadas pelos usuários, pontuando ora as divergências, ora as semelhanças com as noções difundidas pelo saber médico. Abordo, ainda, os agentes de cura envolvidos no combate à doença e na prevenção da saúde, e, em linhas gerais, a maneira como atuam e o que pensam sobre a população usuária.

No quarto e último capítulo, **Preservar a Saúde e Curar a Doença**, detenho-me às práticas preventivas e curativas, no que consistem enquanto sistema de saúde na ótica dos usuários. Ressalto as mais verbalizadas, registrando, por assim dizer, o que é idealizado,

desejado, considerado imprescindíveis para a preservação da saúde e cura das doenças, muito mais do que a concretização plena dessas práticas. Trago à tona um modo singular de lutar pela saúde, pela vida em si.

E, finalmente, questiono a função social do Hospital, às portas do terceiro milênio e junto-me àqueles que recomendam um embricamento dos saberes dos usuários e profissionais de saúde e um alargamento da ciência médica, reunindo, em seu âmbito, conhecimentos oriundos dos saberes antropológico e sociológico, para que, assim, se possa intervir eficazmente nos grandes mistérios do adoecimento humano.

# **CAPÍTULO I**

## **A PESQUISA DE CAMPO**

## 1 - A Pesquisa

A pesquisa de campo que serviu de alicerce a este estudo foi realizada, nos meses de maio e junho de 1996, na tentativa de compreender a relação usuários e serviços públicos de saúde, tendo como centro de observação os usuários dos serviços prestados pelos hospitais públicos.

Convém ressaltar que a noção de usuários por mim utilizada, que a princípio poderia demonstrar uma pretensa homogeneização desses sujeitos sociais, não os concebe como uma abstração, omitindo sua inserção no mundo. Procurei considerar todos os informantes, como bem adverte Maria Cecília de Souza Minayo, “[...] *gente, em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe com suas crenças, valores e significados*”.<sup>1</sup>

A motivação por este tema nasceu dos meus questionamentos, enquanto Assistente Social, inserida na área de saúde desde 1986, mais especificamente em hospitais e centros de saúde da rede pública estadual, na cidade de João Pessoa -PB e atualmente em Campina Grande - PB.

A transformação deste tema em objeto de estudo, somente foi possível com o Mestrado em Sociologia – Universidade Federal da Paraíba – Campus II (UFPB), no qual ingressei em 1994, o que me possibilitou a realização de várias leituras e discussões que iluminaram e delinearão a moldura dentro da qual a análise se situa.

Para selecionar os informantes, privilegiei aspectos que considerei fundamentais ao desenvolvimento da pesquisa, bem como para compreensão do pretendido. Assim, era necessário que eles fossem os usuários dos serviços prestados pelos hospitais públicos e em condições de se comunicarem verbalmente; e fossem os funcionários dos referidos hospitais responsáveis pela execução dos serviços. Não excluindo, porém, a possibilidade de descobrir outros sujeitos sociais relacionados com o tema, no decorrer da investigação.

Dessa forma, o trabalho desenvolveu-se com 25 usuários, 02 médicos, 03 enfermeiros, 01 auxiliar de enfermagem, 01 economista (equivalente a nutricionista), 01 proprietário de farmácia,

---

<sup>1</sup> MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 3ª ed., São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1994, p. 22

01 mãe-de-santo e 04 rezadores. Em conjunto, esses entrevistados constituíram uma amostra bastante diversificada e satisfatória do ponto de vista das informações obtidas, cujos conteúdos atenderam plenamente à abrangência das características da relação entre usuários e serviços públicos de saúde no contexto em estudo. A história narrada por um informante pôde ser confirmada e complementada pela de outro, ou até por outra narração sua, o que me permitiu não priorizar o aspecto quantitativo.

Em decorrência da própria especificidade do objeto investigado, construído por sujeitos de “carne e osso”, o referencial de coleta de dados e de interpretação não poderia escamotear as emoções, os valores, as crenças, as motivações, os significados, enfim, os aspectos simbólicos presentes e determinantes nessa construção. Por esta razão, privilegiei o método qualitativo que possibilita ao pesquisador trilhar por caminhos ilimitados, na obtenção de dados e informações, ou seja, penetrar no universo dos significados subjetivos, no mundo dos sentimentos experimentados que escapam à observação chamada “objetiva”.

A ênfase em análises qualitativas, conforme Ruth C. L. Cardoso, não deve ser encarada como substituta aos modelos quantitativos pois,

*“[...] esta oposição qualitativo/quantitativo não corresponde a modos opostos e inconciliáveis de ver a realidade. São modos de resgatar a vida social e chegar a iluminar aspectos não aparentes e não conscientes para os atores envolvidos.”<sup>2</sup>*

Neste sentido, Maria Cecília de Souza Minayo<sup>3</sup> comenta que a discussão sobre os métodos qualitativos e quantitativos na abordagem do social tem sido desenvolvida inadequadamente. Pois, a dicotomia que se institui na prática leva a escamotear dados que não podem ser expressos em número ou então a se contemplar, apenas, os significados subjetivos. A

---

<sup>2</sup> CARDOSO, Ruth C. L. *Aventuras de Antropólogos em Campo ou Como Escapar das Armadilhas do Método*. In: CARDOSO, Ruth C. L. (org.) *A Aventura Antropológica: teoria e pesquisa*. 2ª ed.. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988. p. 95-96

<sup>3</sup> Para melhor compreensão sobre este assunto confira MINAYO, Maria Cecília de Souza. op. cit., nota 1, p. 28

autora chama a atenção para o fato de que qualquer pesquisa social que tenciona aprofundar-se no estudo da realidade não pode restringir-se, somente, ao referencial quantitativo.

Assim, para operacionalizar as investigações, preferi trabalhar com o conceito de “representações sociais”, em função da sua particularidade de possibilitar ao pesquisador embrenhar-se no mundo simbólico da ação humana, apreendendo os significados subjetivos, bem como o contexto que lhe dá sustentação. A rigor, este conceito foi por mim utilizado, na tentativa de compreender nas falas dos informantes como e em que contexto são elaboradas as suas concepções sobre saúde, doença, cura e serviços de saúde, para a partir daí entender a relação entre usuários e serviços públicos de saúde, centrando a investigação nos usuários dos serviços prestados pelos hospitais públicos

O conceito de “representações sociais” nasceu na Sociologia, no século XIX, com Émile Durkheim (1858-1917) com a denominação de “representações coletivas”, lançado na sua obra *Les Formes Élémentaires de la Vie Religieuse: Le Système Totémique en Australie* (1912). Nesta obra, traduzindo o pensamento da Escola Sociológica Francesa, da qual foi seu fundador e teórico, transferiu do indivíduo para a sociedade o âmago do seu sistema explicatório e afirmou que:

*“As representações coletivas são o produto de uma imensa cooperação que se estende não apenas no espaço, mas no tempo; para fazê-las, uma multidão de espíritos diversos associaram, misturaram, combinaram suas idéias e sentimentos; longas séries de gerações acumularam aqui sua experiência e seu saber.”<sup>4</sup>*

Está explícita no trabalho do autor uma crítica à filosofia idealista de Kant, que admite a existência de categorias de entendimento universais e inatas no homem, como o tempo e o espaço, por exemplo. Émile Durkheim e seus seguidores, ao contrário, saem em busca das raízes sociais dessas categorias.

---

<sup>4</sup> DURKHEIM, Émile. *As formas Elementares da Vida Religiosa: o Sistema Totêmico na Austrália*. São Paulo: Abril Cultural, 1978 (coleção “os pensadores”), p. 216

Fazendo uma leitura do pensamento durkheimiano, Maria Cecília de Souza Minayo<sup>5</sup>, interpreta que Émile Durkheim foi o precursor em trabalhar o conceito de “representações sociais” no seio das Ciências Sociais, com a denominação de “representações coletivas”, referindo-se a categorias de pensamentos, pelas quais as sociedades constroem e expressam sua realidade, chamando a atenção para o fato de que essas categorias não são dadas a priori nem tampouco são universais. Para Émile Durkheim, essas categorias surgem vinculadas aos fatos sociais, convertendo-se elas próprias em fatos sociais passíveis de observação e de interpretação.

No entendimento de Maria Cecília de Souza Minayo, as representações coletivas nas Ciências Sociais, definem-se como “[...] *categorias de pensamento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a*”.<sup>6</sup> Em outras palavras, as representações coletivas remetem-nos à forma como a sociedade elabora e expressa sua realidade, bem como a formação do “pensar” ou do “senso comum” de uma determinada sociedade.

Para Émile Durkheim, as representações eram coletivas porque existe no homem um ser individual e um ser social. Este último se sobrepõe às consciências individuais. Conforme o autor:

*“[...] o homem é duplo. Nele existem dois seres: um ser individual que tem sua base no organismo, cujo círculo de ação se encontra, por isto mesmo, estreitamente limitado; e um ser social que representa em nós a mais alta realidade na ordem intelectual e moral que possam conhecer pela observação, isto é, a sociedade”.*<sup>7</sup>

Essa relevância da sociedade, tão enfatizada por Émile Durkheim, refere-se bem mais ao aspecto moral do que à superioridade material e intelectual. Em sua abordagem, somente a sociedade possui força moral suficiente para construir categorias hierarquicamente superiores às

---

<sup>5</sup> Verifique o texto de Maria Cecília de Souza Minayo. *O Conceito de Representações Sociais dentro da Sociologia Clássica*, no qual a autora faz comentários valiosos acerca de Émile Durkheim e do conceito de representações sociais em sua sociologia. In: PEDRINHO, A. Guareschi, SANDRA. Jovchelovitch (orgs.) *Textos em Representações Sociais*. (Prefácio de Serge Moscovici). 2ª ed., Petrópolis: vozes, 1995.

<sup>6</sup> *Idem*, *ibidem*, p. 89

<sup>7</sup> DURKHEIM, Émile. *op. cit.* (nota 4), p. 216

outras noções, que possibilitam a existência de uma base de comunicação e consenso. Nela, é o indivíduo quem confere esse caráter superior.

É necessário assinalar, portanto, que a idéia de representações coletivas na teoria durkheimiana, evidencia a existência de um modo de pensar na sociedade, o qual é coercitivo em relação à conduta individual, pois ele dicotomiza indivíduo-sociedade. Na sua teoria, as representações coletivas provêm do exterior e não do interior do indivíduo, razão por que a Sociologia, no seu entendimento, deveria estudar as representações coletivas, e a Psicologia, as representações individuais, pois, acreditava que as leis que explicam os fenômenos individuais são distintas das que explicam os fenômenos coletivos.

A extrema visão positivista na teoria durkheimiana, sobretudo no seu conceito de representações coletivas, foi fortemente criticada em diversas correntes no interior das Ciências Sociais, especialmente na Psicologia, com Serge Moscovici, que em sua obra *Psychanalyse: son Image et son Public* (1961), redefiniu os problemas e os conceitos da Psicologia Social, partindo das representações sociais.

Essa obra surge no momento em que a Psicologia Social americana buscava, insistentemente, conhecer a relação indivíduo-sociedade, época em que o mundo passava por conturbações de diversas ordens, em decorrência da II Guerra Mundial. Nesse contexto, Serge Moscovici faz uma nova leitura do conceito de representações sociais, rompendo com a dicotomia indivíduo-sociedade, base fundamental do conceito de Émile Durkheim, e negando que as representações sociais sejam construídas, apenas, a partir de elementos externos ao indivíduo e aponta para a legitimidade do senso comum, enquanto conhecimento impulsionador das transformações sociais.

Serge Moscovici parte de outras premissas, enterrando a posição neutra e passiva do sujeito na elaboração do conhecimento, afirmando que:

*"[...] não existe um corte dado entre o universo exterior e o universo do indivíduo (ou do grupo), que o sujeito e o objeto não são absolutamente heterogêneos em seu campo comum. O objeto está inscrito num contexto ativo, dinâmico, pois que é parcialmente concebido pela pessoa ou a coletividade como prolongamento de seu*

*comportamento e só existe para eles enquanto função dos meios e dos métodos que permitem conhecê-lo”.*<sup>8</sup>

Compreende Serge Moscovici que existe uma interdependência entre o universo do indivíduo e o universo exterior. Os indivíduos, segundo ele, só são racionais porque vivem em sociedade, e acreditar na dicotomia indivíduo-sociedade é uma maneira de omitir os conflitos oriundos dessa relação. Portanto, é ter uma visão estática tanto dos indivíduos quanto da sociedade.

Com base nesse entendimento Robert M. Farr chama a atenção para o fato de que “*as representações estão presentes tanto no ‘mundo’ como na ‘mente’, e elas devem ser pesquisadas em ambos os contextos.*”<sup>9</sup>

Serge Moscovici, discutindo as razões que o levaram a substituir o adjetivo *coletivo* pelo *social*, entende que não basta definir o agente que produz, mas saber por que se produzem as representações, ou seja:

*“[...] para se poder apreender o sentido do qualificativo social é preferível enfatizar a função a que lhe corresponde do que as circunstâncias e as entidades que reflete. Esta lhe é própria, na medida em que a representação contribui exclusivamente para o processo de formação de condutas e de orientação das comunicações sociais”.*<sup>10</sup>

Comentando tal argumentação, Mary Jane Paris Spink ressalta que Serge Moscovici,

*“contrapondo a fluidez das representações sociais à falta de plasticidade das representações coletivas ele nos informa, em síntese, de que o fenômeno não se resume à compreensão dos conteúdos socialmente estruturados. As representações são, também, núcleos*

---

<sup>8</sup> MOSCOVICI. Serge. *A Representação Social da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978, p. 48

<sup>9</sup> FARR, Roberto M. *As Representações Sociais: a teoria e sua história*. In: op. cit. (nota 5) p. 46

<sup>10</sup> MOSCOVICI. S. op. cit. (nota 8), p. 76-77

*estruturantes do pensamento e, como tal, intrinsecamente dinâmicas.*<sup>11</sup>

Na visão da autora, as representações sociais abarcam, simultaneamente, o campo dos conhecimentos socialmente estruturados (acervo cultural do grupo) e a construção individual ou grupal, força impulsionadora da mudança social.

Na leitura de Robert M. Farr<sup>12</sup>, a preferência de Serge Moscovici em estudar representações sociais em lugar de estudar as representações coletivas, prende-se ao fato de que, no contexto das sociedades modernas, caracterizado por seu pluralismo e pela rapidez com que as mudanças culturais, políticas e econômicas ocorrem, ele acredita que apenas algumas representações são verdadeiramente coletivas.

No prefácio da obra organizada por Pedrinho Guareschi e Sandra Jovchelovitch, Serge Moscovici adverte que:

*"[...] os fenômenos sociais que nos permitem identificar de maneira concreta as representações e de trabalhar sobre elas são, nós o sabemos, as conversações, dentro das quais se elaboram os saberes populares e o senso comum,"*<sup>13</sup>

embora admita que as representações sociais podem ser evidenciadas também sob outras roupagens, nas ideologias, nas ciências, nas religiões e em outras situações.

A esse respeito, Maria Cecília de Souza Minayo é bastante elucidativa ao postular que *"as representações sociais se manifestam em palavras, sentimentos e condutas e se institucionalizam, portanto, podem e devem ser analisadas a partir da compreensão das estruturas e dos comportamentos sociais"*.<sup>14</sup> Para a autora, a linguagem, vista como forma de conhecimento e de interação social, é, pois, sua importante mediação. Contém graus de clareza e

---

<sup>11</sup> SPINK, Mary Jane P. *"Representações Sociais: uma perspectiva interdisciplinar"*. In: Mesa Redonda sobre Representações Sociais. Modismo ou Teoria Psicossocial Consistente. VI Encontro de Psicologia Social. Rio de Janeiro: ABRAPSO – 8-11 maio, 1991 (mimeo).

<sup>12</sup> FARR, Robert M. op. cit. (nota 9), p. 44

<sup>13</sup> MOSCOVICI, Serge. op. cit. (nota 5), p. 09

<sup>14</sup> MINAYO, Maria Cecília de Souza. op. cit. (nota 5), p. 108.

de nitidez com relação à sociedade ainda que, a linguagem traduza fragmentos de pensamentos, prendendo-se a determinados aspectos da experiência existencial. A realidade vivida, argumenta, é também representada e por ela os sujeitos sociais se mobilizam, elaboram suas vidas e explicam-na embasados em seu estoque de conhecimentos. Maria Cecília de Souza Minayo adverte ainda para o fato de que a fala está vinculada, dialeticamente, à realidade, razão pela qual o seu entendimento, necessariamente, remete-se para a compreensão das relações sociais que ela traduz. *“Porque as palavras não são a realidade, mas uma fresta iluminada: representam.”*<sup>15</sup>

Mas, se para Serge Moscovici há facilidades em apreender a realidade das representações sociais, isto não ocorre quanto à sua definição, graças a razões históricas, e sobretudo pela sua posição na encruzilhada entre conceitos sociológicos e psicológicos.

Celso Pereira de Sá comenta essa dificuldade apontada por Serge Moscovici, dizendo que, na compreensão desse autor, tentar conceituar representações sociais, reduziria, certamente, o seu alcance conceitual. Contudo, apesar disto, propõe um apanhado de diversas idéias dos campos cognitivo e cultural para formular o seu próprio conceito ou adaptar-lhe laços analógicos. Deste modo, representações sociais, na concepção de Serge Moscovici, seriam:

*“[...] um conjunto de conceitos, proposições e explicações originado na vida cotidiana no curso de comunicações interpessoais. Elas são o equivalente, em nossa sociedade, dos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; podem também ser vistas como a versão contemporânea do senso comum.”*<sup>16</sup>

Na visão de Celso Pereira de Sá, apesar da forte resistência demonstrada por Serge Moscovici para elaborar uma definição precisa de representações sociais, pela própria complexidade e amplitude que o tema envolve, alguns autores têm proposto explicações, que, na sua avaliação, não comprometem a integridade do conceito, como é o caso de Denise Jodelet, que procura traduzir o consenso entre os estudiosos das representações sociais. Denise Jodelet define representações sociais como *“[...] uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e*

<sup>15</sup> MINAYO, Maria Cecília de Souza. Op. Cit. . p. 110

<sup>16</sup> MOSCOVICI, Serge. 1981. Apud: SÁ, Celso Percira de. *Núcleo Central das Representações Sociais*. Petrópolis: Vozes, 1996, p. 31

*partilhada, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social*".<sup>17</sup>

As representações sociais, para Denise Jodelet<sup>18</sup>, dizem respeito, em princípio, à maneira pela qual os sujeitos sociais apreendem os acontecimentos da vida cotidiana, os dados do ambiente, as informações que nele circulam, as pessoas do círculo próximo quanto longínquo.

Em sua compreensão, esse conhecimento se forma, por conseguinte, a partir de experiências, informações, saberes, modelos de pensamento recebidos e transmitidos pela tradição, educação e comunicação social. Por outro lado, é um conhecimento socialmente construído e compartilhado que pretende, entre outros, dominar o ambiente, entender e explicar os fatos e idéias que compõem o universo vivido, agir sobre e com outrem, responder às questões que o mundo coloca, concorrendo para "*a construção social da realidade*", tomada por Peter L. Berger e Thomas Luckmann,<sup>19</sup> que se propuseram a estudá-la no âmbito da Sociologia do Conhecimento.

Com base nessa concepção, Mary Jane Paris Spink adverte que as representações sociais precisam ser compreendidas a partir do contexto que as engendram, bem como de sua funcionalidade nas relações sociais do cotidiano. No seu entendimento, é consenso entre os pesquisadores das representações sociais, remetê-las às condições sociais do contexto de sua produção. Embora a noção de contexto venha sendo problematizada, em sua vertente, a leitura tem se dado pela justaposição de dois textos, ou seja:

*"[...] o texto sócio-histórico que remete às construções sociais que alimentam nossa subjetividade; e o texto-discurso, versões funcionais constituintes de nossas relações sociais."*<sup>20</sup>

---

<sup>17</sup> JODELET, Denise. 1989. Apud: SÁ, Celso Pereira de. *Representações Sociais: o Conceito e o Estado Atual da teoria*. IN: SPINK, Mary Jane. (org.) *O Conhecimento no Cotidiano: as representações sociais na perspectiva da Psicologia Social*. São Paulo: Brasiliense, 1995, p. 32

<sup>18</sup> JODELET, Denise. *Representação Social: fenômenos, conceito e teoria*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1988 (mimeo)

<sup>19</sup> Para melhor esclarecimentos, consultar: BERGER, Peter L., LUCKMANN, Thomas. *A Construção Social da Realidade: tratado de Sociologia do Conhecimento*. Petrópolis: Vozes, 1973. (coleção Antropologia, nº 05)

<sup>20</sup> SPINK, Mary Jane P. *Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais*. In: op. cit. (nota 5), p. 122

Metodologicamente, para Mary Jane Paris Spink, existem duas perspectivas para o estudo das representações sociais. Uma, a tradicional, para compreender a diversidade, centra-se em diversos sujeitos, e a outra, que é a escolha por um sujeito, configura-se em estudo de caso.

As representações sociais, para a referida autora, enquanto forma de conhecimento prático, inseridas no senso comum, são tão importantes quanto outras formas de conhecimento. E transformá-las em objeto de estudo contribui, necessariamente, para “[...] *ampliação do olhar de modo a ver o senso comum como conhecimento legítimo e motor das transformações sociais.*”<sup>21</sup>

Para compreender as representações sociais, lancei mão da proposição de Serge Moscovici, que concebe o indivíduo ativo na produção do conhecimento, diferentemente do pensamento durkheimiano aqui discutido. Para tanto, realizei entrevistas abertas, tipo de estratégia qualitativa, nas quais os informantes discorriam livremente sobre o tema proposto e, quando evidenciavam aspectos do meu interesse, fazia perguntas embasadas em um roteiro preestabelecido, visando ao aprofundamento do assunto. Estas entrevistas foram intermediadas por um gravador e um caderno de anotações, no qual registrava minuciosamente minhas impressões sobre o objeto examinado, e estas foram úteis durante todo o trabalho.

No roteiro de entrevistas, constavam dados correlatos, tais como: nome, idade, estado civil, número de filhos, escolaridade, local de residência, fonte de renda, uma vez que não elaborei nenhum questionário, além de questões específicas ligadas ao tema em estudo. Para cada tipo de informante utilizei um roteiro diferente, muito embora tivessem em comum algumas questões, como por exemplo, o que pensam sobre a saúde, a doença, a cura e os serviços de saúde.

Em alguns casos, porém, no decorrer da investigação, as conversas enveredavam pelos mais variados caminhos, o que me levou em determinados momentos a abandonar o roteiro, sem que isto tenha prejudicado a qualidade do material coletado. Acredito que foi desta maleabilidade que decorreu grande parte da riqueza de informações.

Ainda como recurso, utilizei máquina fotográfica em momentos que considerei oportunos, e nos casos em que os informantes permitiam. Assim, fotografei os ambulatórios em horários de funcionamentos, alguns usuários (tanto no ambiente familiar quanto no hospitalar), os

---

<sup>21</sup> SPINK, Mary Jane Paris. op. cit. p. 119

rezadores em suas residências e a mãe-de-santo, inclusive em momentos de rituais no centro espírita.

## 2 - Situação de Pesquisa

A área escolhida para a pesquisa foi a cidade de Princesa Isabel, situada no Sertão paraibano, a sudoeste do Estado, fronteira com o Estado de Pernambuco, na microrregião da Serra do Teixeira. O município tem uma superfície de 515,2 km<sup>2</sup>, dista 445,2 km da capital e quando do recenseamento de 1991, tinha 22.234 habitantes, sendo 8.810 residentes na zona urbana e 13.424, na zona rural.

Embora castigado pelas estiagens periódicas, a agricultura constitui sua principal base econômica, pois o processo industrial restringe-se unicamente a uma fábrica de confecções, empregando um número limitado de pessoas e, ainda, a uma fábrica de cerâmica, absorvendo uma mão-de-obra em número bastante insignificante. O comércio, por sua vez, é inexpressivo, e, nesta atividade, apenas raras famílias podem ter assegurada a sua subsistência. Grande parte da população dedica-se, então, às atividades ligadas à agricultura.

Princesa Isabel é sede do 11º Núcleo Regional de Saúde, dispõe dos serviços de uma clínica médica hospitalar - Santa Lúcia -, de um centro de puericultura - Vidal de Negreiros -, de um centro médico odontológico - Dr. Severiano Diniz -, vários consultórios médicos, e algumas farmácias alopáticas, além de dois hospitais públicos - São Vicente de Paulo e a Unidade Mista Deputado José Pereira Lima -, polarizando uma assistência médica hospitalar que abrange vários municípios circunvizinhos.

A razão que me levou a desenvolver a pesquisa em Princesa Isabel, prende-se ao fato de ser natural desse município. Embora de lá tenha saído há quase 20 anos, o vínculo nunca foi rompido, vez que deixei parentes e amigos.

Realizar este trabalho em Princesa Isabel, foi para mim a materialização de um antigo sonho de vários significados. Também realizo a possibilidade de desvelar o encanto de minha aldeia, construído na infância, que agora faço pela via não mais do sonho, nem do encantamento, mas da leitura da realidade numa ótica científica.

Há, pois, um interesse relacionado a um acerto de contas, ou mais, uma resposta às questões conterrâneas. Volto como pesquisadora, porque

*“desde que sai de casa,  
trago a viagem da volta,  
gravada na minha mão,  
enterrada no umbigo,  
dentro e fora assim comigo,  
minha própria condução.”*

*(Torquato Neto)*

Retornar como pesquisadora foi um desafio, posto que, o olhar a ser lançado, deveria extrapolar os limites do que eu supunha ser familiar. Assim, em cada passo, em cada situação vivida, houve sempre um desbravamento.

Inicialmente, contatei com o diretor clínico da Unidade Mista Deputado José Pereira Lima e, posteriormente, com o diretor clínico do Hospital Geral São Vicente de Paulo, os quais se colocaram prestimosamente à disposição, deixando-me à vontade para realizar o trabalho.

Nestes contatos, conheci a estrutura física dos hospitais; fui informada sobre os serviços ali prestados, horários de funcionamento dos ambulatórios, número de profissionais, origem da clientela, enfim, da “vida” das instituições. Concomitantemente ia sendo apresentada a alguns funcionários. Estes imediatamente demonstravam curiosidade sobre o meu trabalho, levando-me a repetir sempre o objetivo do mesmo.

Fui, por alguns deles, logo identificada como uma conterrânea, fato que propiciou, acredito, a rápida aceitação e receptividade que me dispensaram durante todo o período da pesquisa.

Meu passo seguinte foi contatar com os usuários daqueles serviços. Para tanto, transitei pelos ambulatórios e enfermarias, observando a movimentação ali existente, inclusive pelos arredores dos hospitais, onde quase sempre havia concentrações de pessoas, proseando, esperando transportes, etc.

Para abordá-los nos ambulatórios, minha estratégia foi inserir-me entre eles, participando ativamente das conversações, nas quais sempre explicitava minhas pretensões e daí

operacionalizava as entrevistas. Entretanto, o barulho existente no ambiente dispersava, em muitos casos, a atenção sobre a conversa, favorecendo ao não aprofundamento de questões importantes no universo da pesquisa. Também a pressa de alguns para retornarem às suas casas ou estarem atentos ao chamado para a consulta médica, contribuiu para que algumas entrevistas fossem abreviadas.

Já nas enfermarias, que durante o período da investigação, estavam com a maior parte dos leitos desocupados, não encontrei nenhuma dificuldade para realizar as entrevistas. Apenas, selecionei os usuários que estavam em condições de se comunicarem verbalmente. Para isto busquei informações junto às enfermeiras responsáveis pela ala hospitalar. Estas entrevistas foram longas e ricas em conteúdo, pois que havia bastante silêncio no ambiente e sem a preocupação da limitação do tempo, muito embora com algumas interrupções, já que as auxiliares de enfermagem, vez ou outra, entravam para medicá-los.

Durante minha permanência nos hospitais, em alguns casos, fui confundida pelos usuários como funcionária daquelas instituições ou como estudante de medicina. O que é compreensível, pois é comum na cidade, especialmente na Unidade Mista Deputado José Pereira Lima, alunos dos cursos da área de saúde em fase de conclusão, procedentes do Campus I da UFPB, desenvolverem, juntamente com alguns servidores daquele hospital, trabalhos de pesquisa no decorrer dos estágios ali realizados<sup>22</sup>. Tais comparações, a princípio, acredito que me causaram alguns prejuízos, principalmente no que se refere às informações obtidas sobre os serviços e o próprio relacionamento com os profissionais. Mas, no decorrer das entrevistas, este problema foi contornado por longas explicações, apesar de, em alguns casos, os informantes não compreenderem muito bem o objetivo do meu estudo.

No que se refere à utilização do gravador, às vezes, tornou-se problemática, tanto por distrair a atenção sobre a conversa, quanto pelo inusitado da abordagem e até pela associação que se fazia com instrumento de uso de pessoas da imprensa, constringendo a exposição de particularidades em órgãos de comunicação de massa, associando-se sempre entrevistas com o Jornal Nacional da Rede Globo. Nestes casos, foi necessário que apresentasse minhas credenciais fornecidas pelo Mestrado, além de demoradas explicações sobre a utilidade do gravador para um trabalho desta natureza. Somente assim, consegui, em parte, sanar essa dificuldade.

---

<sup>22</sup> O hospital constitui-se em um campo de estágio para o projeto ERI (Estágio Rural Integrado).

O fato de a maioria dos usuários entrevistados nos hospitais residir em localidades diferentes e distantes da cidade, onde estava hospedada, geralmente com vias de acesso deterioradas em decorrência das chuvas recentes que impediam o livre trânsito de automóveis, bem como a limitação do tempo para a pesquisa, contribuíram para que eu não entrevistasse todos no seu ambiente familiar, o que considero uma perda para o trabalho, vez que os depoimentos obtidos na esfera doméstica foram enriquecedores. Demonstravam bastante espontaneidade para discorrer sobre questões indagadas, relatando fatos ocorridos com eles ou na família, com enorme riqueza de detalhes.

Pude verificar mais cuidadosamente, por exemplo, o significado de suas falas, pelo modo como choravam ao relatar casos de doenças graves na família e o tratamento recebido nos hospitais; ou pelo seu tom de voz, que se alterava de acordo com a abordagem sobre partes do corpo. Algumas doenças ou partes do corpo eram silenciadas ou até substituídas por expressões que os levavam a discorrer sobre elas. O riso criava uma intimidade que propiciava a compreensão sobre a facilidade com que lidavam com certas situações, e a sisudez demonstrava as dificuldades e insucesso no tratamento médico e até no relacionamento com esse profissional.

Diferentes foram os relatos colhidos nos ambulatórios dos hospitais pesquisados, onde transcorreu a maior parte das entrevistas, os quais na maioria resumiam-se a comentários breves e em diversos momentos ao uso de monossílabos, tais como: “é”, “não”, “sim”, etc. O que de imediato demonstra as diferentes situações vivenciadas no contexto da pesquisa, sem que uma invalide a outra, pelo contrário, cada uma complementando a outra na compreensão do objeto em estudo.

Nas ante-salas dos consultórios médicos e odontológicos, observei certa desenvoltura nos usuários ao se relacionarem entre si. Longas conversas aconteciam, versando sobre assuntos diversos, dentre os quais a troca de experiências frente à doença, práticas terapêuticas populares, atividades profissionais, problemas conjugais, reclamações sobre o hospital, em particular da demora para o atendimento e da insuficiente distribuição dos medicamentos, a postura de alguns médicos e enfermeiros, enfim, uma diversidade de assuntos.

No entanto, quando percebiam a presença de servidores dos hospitais, as conversas geralmente eram interrompidas ou o tom de voz diminuído, sugerindo a existência de uma forte

relação de poder entre funcionários do hospital e usuários, e que por extensão se dava, em determinados casos, em relação à pesquisadora.

Por outro lado, nas enfermarias foi possível notar que os usuários internados mantinham com os enfermeiros e auxiliares de enfermagem uma relação amistosa, em decorrência, acredito, do próprio conhecimento anterior ao internamento. É tanto que, nas entrevistas, referiam-se às enfermeiras e auxiliares como a alguém bastante conhecido e familiar, ou seja: “*é minha comadre*”, “*é a filha de um amigo*”, etc.

Na ausência desses profissionais, alguns burlavam as normas dos hospitais e determinadas ordens médicas, pois fumavam escondidos nos banheiros, levantavam-se dos leitos para caminharem, apesar de terem sido orientados a ficarem deitados; rejeitavam a dieta e, especialmente, reclamavam da escassa visita do médico. O que a princípio levou-me a deduzir, a partir destas observações, que os usuários se utilizam de mecanismos que tornam suportável a hospitalização. Isso demonstra as diferentes estratégias de que os indivíduos se utilizam para se comunicarem e até se contraporem à situação.

No decorrer da investigação, não encontrei viabilidade para observar a consulta médica, tendo em vista que as consultas eram realizadas a portas fechadas. No meu entender, caso tivesse autorização do médico e do usuário para presenciá-la, provavelmente os resultados obtidos não retratassem as especificidades de uma consulta médica, uma vez que estava sendo realizada sob o olhar atento de uma pesquisadora. Deste modo, limitei-me somente aos relatos dos usuários e dos médicos sobre o assunto.

Para selecionar quais os profissionais dos hospitais que seriam entrevistados, parti, basicamente, das informações obtidas nos relatos dos usuários, ou seja, entrevistando aqueles que, no desempenho das suas atividades, diretamente com eles se relacionavam. Assim, contatei com médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e a funcionária responsável pelas dietas e pelos serviços de rouparia e lavanderia. Estas entrevistas foram marcadas com antecedência e efetuadas nos dias, horários e locais (Hospitais e 11º Núcleo Regional de Saúde) por eles determinados.

Da mesma forma procedi para contatar com os rezadores, a mãe-de-santo e o proprietário de farmácia. À medida que apareciam nas falas dos usuários, tratava de localizá-los.

As entrevistas com os rezadores e a mãe-de-santo foram realizadas em suas residências e algumas firmadas com antecedência. Todos eles demonstraram bastante

receptividade, e em alguns casos fui confundida como uma estudante de medicina, e até como uma médica, desejosa por aprender a curar, apesar de ter-me apresentado como aluna do Mestrado, interessada em compreender como os usuários dos serviços públicos de saúde enfrentavam suas enfermidades. Tais comparações não me trouxeram nenhum prejuízo nem represálias, pelo contrário, pude acrescentar ao material coletado um aprendizado bastante curioso e encantador.

Nos momentos em que aguardava ser recebida por alguns rezadores, geralmente nas calçadas das suas residências, onde sempre havia pessoas esperando atendimento, pude conversar com algumas delas que, além de buscarem a cura por meio deles, também recorriam aos hospitais pesquisados. Aproveitava a oportunidade e operacionalizava algumas entrevistas.

Apesar de a cidade dispor de diversas farmácias alopáticas, apenas uma foi citada pelos informantes, que a ela com frequência recorriam. Por esta razão, optei em entrevistar o seu proprietário. A entrevista foi aprazada e realizada no balcão da farmácia, onde vez ou outra ele atendia à clientela.

Abordei ainda uma usuária que se encontrava na residência de um vereador da cidade, aguardando uma “ajuda” para comprar medicamentos para o esposo que se encontrava enfermo. Achei interessante entrevistá-la, porque esta prática é comum na cidade.

Para complementar a investigação, compareci a um ritual no centro de umbanda, a convite da mãe-de-santo. Nesse ritual, ela incorporou o espírito de um caboclo e retirou um “encosto” de uma pessoa que se considerava portadora de uma doença espiritual.

Compareci, também a um culto religioso na Igreja Congregação Cristã do Brasil, a convite de uma usuária. Nesse culto, várias pessoas deram testemunhos de curas de doenças consideradas espirituais.

Finda a pesquisa de campo, tinha 43 entrevistas gravadas com 39 informantes<sup>23</sup>, já que alguns usuários foram entrevistados mais de uma vez. Tinha várias anotações no diário de campo e um vasto material fotográfico.

---

<sup>23</sup> Em anexo, encontram-se os dados referentes aos informantes. Estes estão identificados por nomes fictícios, postos em ordem alfabética e distribuídos da seguinte forma: usuários, médicos, enfermeiros, auxiliar de enfermagem, econôma, proprietário de farmácia, mãe-de-santo e rezadores.

Diante disso, tive a certeza de que nessa experiência, realizando entrevistas, observando situações, enfim, pesquisando, como bem mostra Teresa Pires do Rio Caldeira, “[...] *estabelece-se uma troca entre as pessoas envolvidas, umas aprendem com as outras*”<sup>24</sup>, gerando, a partir daí, uma relação social em que pesquisador e informante constroem juntos o objeto em estudo. E que “*se, nesse esforço de observar e interpretar modificamos a realidade observada, não é menos verdade que também somos modificados pela observação*”<sup>25</sup>.

Quando iniciei as transcrições dos depoimentos gravados (etapa bastante trabalhosa), somaram-se 450 laudas digitadas. Um material às vezes impraticável de ser trabalhado, além de diversificado sob vários aspectos. Havia entrevistas individuais, mas também entrevistas coletivas - pai, mãe e filha. Além disso, havia entrevistas mais curtas e outras mais longas.

Mas, basicamente, essa diversidade de assuntos tratados era muito grande, o que permitia ler as entrevistas, a partir de vários pontos de vista, dependendo do que quisesse privilegiar. Era necessário, então, estabelecer um critério para recortar as falas, e optei por selecionar temas que considerei mais fundamentais para compreensão do objeto de estudo. Assim, agrupei as falas de todos os informantes nos seguintes temas:

- Saúde e doença
- Alimentação e higiene
- A cura
- O corpo
- Relação enfermeiro - paciente
- O hospital
- Os medicamentos
- A hospitalização
- A busca pelo atendimento hospitalar
- A consulta médica
- A relação médico-paciente

---

<sup>24</sup> CALDEIRA, Teresa Pires. do Rio. *A Política dos Outros: o cotidiano dos moradores da periferia e o que pensam do poder e dos poderosos*. São Paulo: Brasiliense, 1984. p. 143

<sup>25</sup> RODRIGUES, José Carlos. *Tabu do Corpo*. 2ª ed., Rio de Janeiro: Achiamé, 1980. p. 06

*Estes temas foram explanados ao longo da análise, no corpo do presente trabalho e constituem os fios básicos que estruturam o tecido desta dissertação.*

### **3 - Os Serviços de Saúde em Princesa Isabel: sua estrutura e distribuição**

Em Princesa Isabel, a assistência à saúde é prestada por uma rede de instituições que, conforme seu espaço de competência e sua ligação ao sistema de poder político administrativo, distribuí-se em dois amplos setores: público e privado.

Os recursos financeiros dessas instituições, exceto os do setor privado, advêm do Sistema Único de Saúde (SUS), repassados pela administração municipal local, visto que o Município se encontra em processo de descentralização dos serviços de saúde ali existentes.

No setor público, Princesa Isabel dispõe dos serviços de uma Unidade Mista - Deputado José Pereira Lima -, de um hospital Geral - São Vicente de Paulo - e de um Centro de Puericultura - Vidal de Negreiros -, situados em bairros periféricos da cidade.

**A Unidade Mista Deputado José Pereira Lima**, fundada em 13 de outubro de 1983, pertence à Fundação Nacional de Saúde, órgão de saúde pública, ligada ao Ministério da Saúde. Sua instalação física compõe-se de um setor ambulatorial e um setor hospitalar.

No setor ambulatorial, encontram-se os consultórios médicos e odontológicos, o laboratório de análise clínica, o setor de raio X, a sala de vídeo, as salas onde funcionam os serviços voltados para atenção aos portadores de diabetes, hanseníase, tuberculose, hipertensão arterial, enfim toda a parte ambulatorial e administrativa da instituição. No setor hospitalar, estão o bloco cirúrgico, a sala de parto, 01 apartamento, 10 enfermarias com 40 leitos, sendo 10 destes destinados à pediatria. Em anexo às instalações dessa instituição, situa-se o Galpão de Saneamento, onde se fabricam bacias sanitárias, caixa d'água, etc., para os seus usuários, desde que contribuam com a matéria-prima, no caso o cimento.

Essa unidade atua mediante políticas sanitárias que incluem: profilaxia de verminose e de doenças endêmicas, acompanhamento clínico nas doenças infecto-contagiosas (tuberculose e

hanseníase) e nos casos de diabetes, hipertensão arterial, imunização, etc. Oferece ainda assistência odontológica, serviços laboratoriais, radiológicos e ultrassonográficos; consultas médicas, serviços de ginecologia e obstetrícia, pré-natal, cirurgias eletivas e de urgência e distribuição de medicamentos fornecidos pela CEME (Central de Medicamentos).

Os recursos humanos resumem-se em 09 médicos, sendo 03 cirurgiões, 02 anestesistas, 01 pediatra e 03 clínicos gerais, 03 odontólogos; 03 enfermeiros, 01 bioquímico, 50 auxiliares de enfermagem, 01 ecônoma, 07 visitantes sanitários e diversos profissionais de apoio, além de alunos dos cursos da área de saúde, em fase de conclusão, enviados pelo projeto ERI, para ali realizarem os seus estágios.

Em média, são realizadas por mês, 1.900 consultas médicas, 25 cirurgias, 1.200 exames laboratoriais e 180 internamentos. O número de óbitos ocorridos é insignificante, em decorrência das remoções dos casos considerados graves, para outros centros urbanos, em particular Serra Talhada - PE, Campina Grande - PB e João Pessoa - PB. Sua clientela regular é oriunda da zona rural e urbana de Princesa Isabel e de municípios circunvizinhos.

Com o objetivo maior de evitar a superlotação, essa instituição mantém alguns postos médicos distribuídos na zona rural - Patos de Irerê, Cachoeira de Minas, Lagoa de São João e Lagoa da Cruz. Esses postos funcionam somente um dia na semana e o atendimento é prestado por um médico e uma auxiliar de enfermagem, aos casos considerados simples. Entretanto, no período de inverno, quando as estradas ficam intransitáveis, o atendimento torna-se impossível, pois os profissionais alegam ser impraticável a locomoção.

Em parceria com a Prefeitura Municipal, mantém uma Usina de Reciclagem e Compostagem de Lixo, instalada em 1988, a 3 km da cidade. Esta usina recolhe 60% do lixo produzido na cidade, o qual é reciclado, e parte dele, transformado em adubo.

**O Hospital Geral São Vicente de Paulo**, fundado em 31 de dezembro de 1961, por uma família que desde 1930 vem disputando o poder político local, é uma instituição filantrópica, conveniada com o Estado e com seus serviços municipalizados.

Esse hospital compõe-se de um setor ambulatorial e um setor hospitalar. No setor ambulatorial, onde também funciona a parte administrativa da instituição, estão localizados os consultórios médicos e odontológicos, o laboratório de análise clínica e a sala de vacinação. No setor hospitalar, estão 04 enfermarias, nas quais distribuídos 32 leitos, 01 apartamento e 01

isolamento, ambos com dois leitos; 01 sala de cirurgia; 01 berçário e 01 posto de enfermagem. E no pátio encontra-se o setor de raio x, a capela e o necrotério.

Os serviços oferecidos são, basicamente, os atendimentos clínicos gerais (primeiros atendimentos) e os serviços especializados em: odontologia, ortopedia, ginecologia e obstetrícia, cirurgias eletivas, exames laboratoriais, radiográficos e eletrocardiográficos e distribuição de medicamentos da CEME. Nesse hospital, são realizados mensalmente, em média, 170 exames laboratoriais, 50 eletrocardiogramas, 50 radiografias, 90 extrações dentárias, 1.000 consultas médicas e 50 internamentos. O número de óbitos também é inexpressivo, visto que os casos considerados mais graves são encaminhados para outras instituições hospitalares.

No que se refere aos recursos humanos, conta com os serviços de 04 médicos, sendo 01 ginecologista e obstetra, 02 clínicos gerais e 01 traumatologista-ortopedista, 02 bioquímicos, 01 psicólogo, 01 dentista, 10 auxiliares de enfermagem e diversos profissionais de apoio. Sua clientela, tal como a da Unidade Mista Deputado José Pereira Lima, é originária das zonas rural e urbana de Princesa Isabel e de municípios adjacentes.

**O Centro de Puericultura Vidal de Negreiros**, o primeiro e único no Município, foi fundado em agosto de 1953, e por um longo período de tempo esteve desativado. Somente em 1996, a Prefeitura Municipal o reativou. Este centro presta serviços odontológicos e consultas médicas.

No setor privado, Princesa Isabel é servida por uma Clínica Médica - Santa Lúcia -, um Centro Médico-odontológico - Dr. Severiano Diniz -, no qual funcionam 02 consultórios médicos e 01 odontológico; além de 01 consultório médico e 03 farmácias alopáticas. Estes serviços estão situados no centro da cidade.

**A Clínica Santa Lúcia**, que funciona desde 1986, presta serviços ambulatoriais e internamentos de casos considerados não-graves e cirurgias de pequeno porte. O atendimento é feito por dois médicos, uma enfermeira, um bioquímico e auxiliares de enfermagem. Esta clínica geralmente é procurada pela população de maior poder aquisitivo, tanto de Princesa Isabel quanto dos municípios adjacentes.

**O Centro Médico-odontológico Dr. Severiano Diniz**, fundado em 1986, bem como o consultório médico, prestam serviços a uma clientela constituída, basicamente, de pessoas economicamente favorecidas.

As farmácias possuem uma clientela ampla e diversificada. Comercializam além de medicamentos, outros produtos da indústria farmacêutica ou não, ligados aos cuidados do corpo, tais como produtos de higiene e beleza, etc. Oferecem serviços de curativos, aplicação de injeções, verificação de pressão arterial e temperatura, assim como prescrição de alguns medicamentos.

Em Princesa Isabel, entretanto, a utilização freqüente de outras praticas terapêuticas é evidente e confirma-se pela presença constante de comerciantes de ervas, rezadores, um Centro de Umbanda e rituais religiosos associados a praticas terapêuticas. Tais indícios se manifestam ainda nas conversas ouvidas nas ante-salas dos ambulatórios dos hospitais e nos próprios relatos dos usuários.

Mas, enquanto os serviços “oficiais” de saúde apresentam uma estrutura formal, com estatísticas que me permitiram descrevê-los quantitativamente, o mesmo não ocorreu com as demais praticas terapêuticas, em decorrência, acredito, da própria especificidade de sua estruturação, fato que obstaculizou o meu conhecimento sobre elas.

Assim, foi impossível delimitar a extensão dessas praticas em Princesa Isabel e o número exato de seus agentes. Detectei apenas aqueles que foram citados pelos usuários, ou seja, rezadores e mãe-de-santo.

## **CAPÍTULO II**

### **LUGAR DE CURA OU DE EXCLUSÃO?**

## 1 - O Hospital – Breve Histórico

Agora, dá-me a tua mão e vamos entrar no hospital. No espaço designado, historicamente, a partir do século XVIII, como um lugar, por excelência, de tratamento e cura. Lugar onde usuários são considerados pacientes em busca de alívio, por meio de agentes intermediários de cura, revestidos com uma arte de curar, alicerçada, basicamente, em um saber, produto de uma escolaridade.

O meu propósito aqui é trazer ao cenário essa trajetória percorrida por esses usuários, o seu modo de olhar o hospital, o significado atribuído à hospitalização e às particularidades das relações que se estabelecem entre usuários-pacientes e o médico-agente intermediário de cura.

Viajando através do tempo, Michel Foucault<sup>26</sup> pôde verificar que o hospital como um instrumento terapêutico, de intervenção sobre a doença e o doente, com possibilidades de produzir cura, é uma invenção que data do século XVIII.

Nos séculos anteriores, escreve Michel Foucault, os pobres doentes e moribundos eram considerados perigosos ao convívio social, e por isso eram afastados e enclausurados num “morredouro”. Local onde, na verdade, não recebiam tratamento de cura, mas sim uma assistência material e espiritual que facilitasse a transição entre a vida e a morte. Portanto, tinha uma missão religiosa, de socorro espiritual para o enfrentamento da morte.

Até o início do século XVIII, essas eram as principais funções da universal e milenar instituição hospitalar. Assistida por religiosos ou leigos, com objetivos eminentemente caritativos, era uma espécie de instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual, em que a função médica não aparecia.

Internos com diferentes males eram amontoados num mesmo espaço físico. Portadores de moléstias contagiosas misturavam-se com loucos, puerperas, etc., constituindo-se, assim, num ambiente absolutamente insalubre e por isso ameaçador à sociedade, com a possibilidade de disseminar doenças e epidemias nas cidades onde estavam localizados.

Por essa razão, surge a necessidade de um acirrado controle sobre as desordens de tais logradouros e os perigos que acarretavam. É, justamente no século XVIII, que acontece uma

---

<sup>26</sup> FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. 7ª ed., Rio de Janeiro: Graal, 1979. p. 99-111

significativa transformação nessas instituições, as quais passaram a ter a distribuição do espaço com conformações terapêuticas, tornando-se, pois, um lugar de cura, de registro, acúmulo e formação de saber, palco da formação do médico. A clínica, não apenas como especialização ou setorização do saber, mas, sobretudo, organização do hospital. Surge, a partir de então, uma medicina individualizante, os indivíduos são isolados, colocados em um leito e passam a ter um regime prescrito.

Em sua evolução, o hospital, de abrigo para pobres doentes e desamparados, passou a ser uma instituição a serviço da comunidade, requerendo planejamento, organização e direção de técnicos especialmente preparados. Tornou-se, assim, uma organização cada vez mais complexa, com funções definidas e próprias, especialmente equipada para lidar com a doença da forma mais adequada e positiva possível. Nele concentraram-se equipamentos e recursos que possibilitaram, não só definir um diagnóstico sobre as condições médicas do paciente, como proporcionar-lhe o tratamento.

Em meados do século XX, com a acentuada produção industrial dos quimioterápicos e de equipamentos, os hospitais, conforme Herval Pina Ribeiro<sup>27</sup>, tomam as conformações que hoje se conhecem. Não obstante, aspectos mágicos e sacerdotais são suscitados para coibir a dor, o sofrimento e a morte por meio do saber e da experiência de suas equipes. O hospital contemporâneo, assinala o autor, tem uma missão específica que é a de recuperar a força de trabalho e devolvê-la ao mercado, para a reprodução do capital, com claros objetivos empresariais.

Assim, o hospital, compreendido à luz de uma história maior, de uma história contada através dos séculos, resulta da própria história das sociedades e suas civilizações.

É bastante comum, no meio médico, uma compreensão de que os segmentos mais desfavorecidos da sociedade, ou seja, os “pobres”, geralmente deixam para procurar os serviços de saúde, sobretudo o hospital, quando a sensação da doença atinge uma intensidade tal, que em muitos casos já não é mais possível curá-las. Vários são os argumentos utilizados para justificar essa constatação, sendo o mais recorrente a distância entre o local da residência e o local da prestação do serviço, o que implica quase sempre dificuldades de locomoção e o estado de “ignorância” em que vivem.

---

<sup>27</sup> RIBEIRO, Herval Pina. *O Hospital: história e crise*. São Paulo: Cortez, 1993.

Vale salientar o comentário feito por uma enfermeira que entrevistei, no qual se percebe claramente esse entendimento:

*“[...] muitas vezes eles ficam em casa com doenças com agravos, que poderia ter se tomado uma solução mais antecipadamente, aí quando eles vêm pra cá, já estão num estágio mais avançado, né? Muitas vezes acontece isso. Falta de conhecimento, né? De informação, né? Pra avaliar a resolução de tudo, né? [...] eles ignoram o que é, de modo geral, a saúde. Aí, por conta disso, eles mesmo sofrem as consequências, né?”*  
( Solange – 35 anos)

E mais adiante, referindo-se àqueles que residem na zona rural, principalmente, pontua a dificuldade de locomoção:

*“[...] tem vez que eles vêm e não trazem nem o dinheiro de pegar um frete de volta pra casa. Quer dizer que as condições de acesso pra vim aqui... Eles já chegam aqui na marra mesmo, a pé. Tem deles que andam três horas, tem localidades bem distantes e quando eles chegam aqui, já estão exaustos, né? Saem de casa às 5 horas da manhã, chegam aqui às 8 horas, muitas vezes depois do início do atendimento. Aí, é muita dificuldade da zona rural pra vim até aqui [...]”*  
(Solange – 35 anos)

Tomando-se como referência resultados de pesquisas que tratam de temas relacionados ao binômio saúde-doença, nota-se que a questão não é tão simples quanto parece. As análises realizadas por Luc Boltanski<sup>28</sup>, por exemplo, que ao longo de sua obra elucida as diferenças no uso e nas formas de percepção do corpo nas diferentes “classes sociais”, revelam que as razões para que os membros das “classes populares”, em determinadas comunidades da França, esperem o último minuto para ir ao médico ou hospitalizar-se, assentam-se, principalmente, nas pressões da vida cotidiana, nas coerções econômicas a que são submetidos, tornando-se extremamente difícil o abandono das tarefas cotidianas, do trabalho, do esforço físico que eles exigem continuamente do corpo para produzirem seus meios de sobrevivência.

<sup>28</sup> BOLTANSKI, Luc. *As Classes Sociais e o Corpo*. 3ª ed., Rio de Janeiro: Graal, 1989.

De fato, as interpretações de Luc Boltanski vêm coincidir com a leitura que faço das razões que estão subjacentes na procura protelada de uma assistência médica, pelos usuários dos hospitais de Princesa Isabel. Também eles, por serem obrigados a utilizar fisicamente o corpo o mais intensamente possível, e o mais longo tempo possível para conseguirem os meios materiais de existência, não estão habituados a “escutar” os seus corpos, e por isso só percebem a doença quando já se encontram impossibilitados para o trabalho. E, para eles, interromper o trabalho significa ameaçar a sobrevivência, como veremos no capítulo sobre saúde e doença.

Nos depoimentos a seguir, registra-se o que é mais recorrente nas suas falas, refletindo, pois, quanto são submetidos a exigir do corpo que funcione, que trabalhe, que produza e quanto toleram suas sensações mórbidas. Porém, nota-se que eles administram a própria vida, não são passivos:

*“Meu marido não gosta de vim no médico não. É difícil ele vim, é difícil, é difícil mesmo. O médico dele é a roça. Eu chamo e ele não quer vim. Eu acho que é porque a doença tá pouca, né? Quando a doença arrochar mesmo aí eu quero ver se ele não vem”.*

(Mirtes – 44 anos).

*“Eu acho bom uma consulta, sabe cuma? Quando a gente chega lá, que fala e é atendido logo. Aí pronto, quer dizer que o pobe já vai sofrido, né? Pá levar muita massada a gente fica que nem..., né? Tem muita ocupação, né? Que a gente aqui somo mei forte, graças a Deus, né? Pelo divino Espírito Santo que ajuda muito a nós. Que nós, quando sai, assim, com doencinha fraca, mas que às vez fica logo bom pá ir trabaia, que os trabaio é demais.”*

(Lucrecio – 50 anos)

E certamente o sistema de classificação das doenças com o qual operam e as suas representações sobre a cura determinam o momento para se buscar a assistência médica, indo aos hospitais:

*“Sendo uma febre, uma coisinha assim, uma gripe, , aí fica em casa mesmo. Compra o remédio e não precisa nem vim. Faz remédio*

*caseiro mesmo. Não é toda doença que vem não, em casa também se cura, né?”* (risos)

(Isabel – 24 anos)

Na verdade, esses usuários delimitam um conjunto de sintomas para os quais julgam não ser necessária a intervenção do médico, reconhecendo tal necessidade para outros. Eles tratam sozinhos somente aqueles problemas que, por serem mais frequentes e “simples” em seu cotidiano, acreditam saber diagnosticar e prescrever algum tipo de tratamento, até por experiências anteriores ou, ainda, pelas dificuldades de acesso aos serviços médicos. Como é o caso, particularmente, daqueles que residem na zona rural, que, em decorrência da distância entre as suas residências e os hospitais, somada às enormes dificuldades de locomoção, muitas vezes protelam a procura, até mesmo quando acreditam que é somente no hospital que aquela enfermidade poderá ser tratada e possivelmente curada. Os trechos das entrevistas com as senhoras Mara e Ivone, residentes na zona rural, são bastante oportunos para ilustrarem essa análise:

*“Hoje eu ia trazer ele (filho), mas manheceu chovendo e não deu pá me trazer. De pés, né? Se fosse ao menos de carro, dava certo pá eu trazer. Mas, pra ele vim andando não dava certo pra eu trazer”.*

(Mara – 41 anos)

*“[...] tem problema, tem problemzinho que a gente dá pá se curar em casa com chá, com uma coisa. Nós não vem pá o hospital não, porque é longe e lá não tem transporte pra gente vim, que nem tem ônibus, né? Pra gente vim tem que ter pessoa suficiente com um carro ali pá tirá nós. Mas, não tem, só tem se a gente chegar na casa do vereador e pedir a ele e ele tiver a condição, aí ele tira”.*

(Ivone – 47 anos)

Contudo, quando a doença é avaliada como grave, rompem os obstáculos impostos pela dificuldade de deslocamento e chegam aos hospitais:

*“Nós, quando adoecer? O que é que faz? É nós sair de pés, se puder andar ou então quem pode freta um carro e quem não pode sai andando, aos empurrão ou seja cumá for, pá vim pá rua, pá o hospital. Às vez sucede da pessoa adoecer de noite, que nem um neto*

*meu adoeceu de noite, aí viemo de pés com o menino. O menino já de 3 anos, bem pesado, e nós viemo de pés”.* (Marluce – 57 anos)

*“Nós, quando adoece, nós faz aqui uma preparação. Como... bem, esse véio aí adoeceu um ano desse (Referiu-se ao sogro, que se encontrava no momento da entrevista), aí nós peguemo ele aqui numa rede e fumo devagarinho, atravessemo o riacho de um lado pra outro, sabe? (risos). Aí, chegemo lá na linha do carro, aí fumo esperar carro. Passemo duas horas ainda pá poder alcançar um carro. Chegou um carro, aí nós paremo, aí nós fumo pá o hospital e deixemo ele lá. E nós mais novo, nós mais novo tá com uma febre grande, se enrola numa cocha veia aqui, sabe? E vai pá linha esperar carro. Às vez, por sorte, quando chega lá vem um logo, aí o caba se sai bem. Mas, sempre gente pobe já é pesado mesmo. Às vez a gente passa duas hora, às vez levando chuva, pa alcançar um transporte, porque às vez não tem carro na linha certa, aí às vez o caba tem que ficar sofrendo mesmo, né? Que o pobe é assim mesmo. Por sorte que quando alcança um que vem mais cedo, aí é sorte do paciente, né?”*

(Lucrécio – 50 anos)

E muitos, mal adentram, porém, os portões dos hospitais, vencendo todos os obstáculos, desejosos de urgente curarem os seus males, deparam-se com as dificuldades sentidas no enfrentamento dos problemas dos próprios hospitais: a superlotação, a deficiência na distribuição de medicamentos, entre outros. Razão por que alguns retornam às farmácias em busca de resolução, posto que não encontram nos hospitais.

Os depoimentos a seguir dão suporte a esta análise:

*“Quando eu venho, aí o doutor diz: ‘não venha, não venha pra cá mais não, vá pá Serra, vá pra outro canto fora, que aqui o seu causo não resolve não’”*

(Ivone – 47 anos).

*“[...] eu cai de um carro, aí eu vim. Cheguei e eles dissero que não dava pá ficar internada, porque tava muito chei. Aí, eles passaro uns medicamentos e eu fui tomar em casa. Eu vim outra vez, porque eu cai e fiquei com o olho, assim, inflamado, mas cheguei e passei muito tempo lá fora e não fui atendida. Aí, minha mãe comprou remédio e eu fui pra casa pá tomar o remédio.”*

(Amélia – 19 anos)

*“Quando eu tô muito doente eu boto o pé na estrada e vem pá o hospital ou então eu venho mais pá farmácia, porque lá no hospital já tem também dificuldade, a gente encontra tanta dificuldade. Memina, eu só venho pá o hospital, cuma diz a história, quando eu vejo que eu não posso mesmo me por em pé e andar, né? Mas, eu não gosto de hospital não, porque quando a gente chega nos hospital sempre tem as dificuldade, né?”<sup>29</sup> Ai aquilo me chateia. Eu não gosto não, vou falar a verdade, eu só vou no hospital no derradeiro apuro. Quando eu chego no hospital, pode as enfermeira saber que eu tô doente mesmo. Eu só venho nas últimas. Eu só venho nos empurrão, cuma diz o ditado. Porque a gente acha tanta dificuldade, mulé. Ai, vem pa o hospital com todo o sacrificio, de pés e quando chega, faz a consulta, tudo bem. Assim, a gente vem tirar uma ficha, ai eles fala que já tá chei. Se for pá distrair um dente, já tá chei e dá uma dificuldade medonha, que quando a gente toca de sorte de tirar é com 8 dias ou 15 que vai tirar aquele dente e tem que comprar remédio pa poder disinfamar ou passar. Pá esperar pela vontade, doente, se acabando, vai esperar e quando acabar, faz a consulta e não pode comprar o remédio. No hospital não tem os remédio certo paquelas doenças tudo, né? O hospital daqui só tem remédio mais pa verme. Todo mundo não tem essa doença, né? Ai pronto, é só um remédio só, se tem, ninguém não vê, né? Ninguém não enxeiga esses remédios não, né?*

(Marluce – 57 anos)

Por outro lado, por considerarem que a assistência recebida nesses hospitais locais é precária, acabam idealizando um tipo de assistência equiparável à grandiosidade de uma metrópole ou mesmo de um “grande hospital”, ao mesmo tempo em que despertam para as suas limitações econômicas, verificando que as suas condições de vida, marcadas pela experiência da pobreza, os impedem de realizar esse sonho. Sonho de ter uma permanência condigna ou mesmo um acesso aos hospitais. Basta observar o trecho em que D. Mara relata o desejo do seu esposo:

*“Ele tem vontade de ir pa uma cidade grande, pa o Recife, mas ele imagina, assim, se for pa o Recife, quando chegar lá, vai ter um tratamento melhor. Ele pensa, de vez em quando ele diz: ‘ah! Meu Deus! Eu vou pedir aos prefeitos ai pa eles me ajudarem, pa eu ir uma viagem no Recife, que eu quero fazer um exame no Recife’. ele me fala, ele tem muita vontade de fazer esse exame no Recife, que ele acha que os daqui é mentiroso. Mas, eu tenho pra mim que tanto faz, né? Ele tem vontade de ir, porque tem um rapaz lá, que mora perto de*

<sup>29</sup> Grifo de minha responsabilidade

*nôs, que um tempo desse ele teve doente, ai ele foi pra lá, se operou e tá bonzinho. Mas, a gente andar assim, né? É preciso a pessoa ter dinheiro, né? Ninguém vai andar sem dinheiro. A gente sai de lá donde eu moro pr'aqui sem dinheiro, porque a gente tem conhecimento, né? Mas, vá pa um lugar longe que a gente não tenha conhecimento pa vê, né? As vez a gente arranja o transporte, mas quando chegar lá, como é que a gente vai ficar?" (Mara – 41 anos)*

Enquanto isso, a D. Ivone, que acompanhou o seu filho durante cinco dias em um hospital em João Pessoa, relatou:

*"Ele (filho) dava a crise, revirava os oinho, a herna, uma herna, assim, na viria dele, sabe? (falou baixo). Ficava bem grande, chega ficava dura. Ai, ele vinha, batia por aqui e tudo. Ai, eu fui com ele pra casa do prefeito em Juri e quando chegou lá o prefeito indicou pá o deputado, o deputado quando vei, levou nós pra lá pra o hospital em João Pessoa. Ai, o menino mamava, num sabe? Ai, elas (enfermeiras) foi e disse:... ai batemo muito, muito, a enfermeira muito boa, muito delicada, ai ela disse: 'ela tem de ficar com a criança dela!' Porque eu tinha dito: 'óia, se for pá meu filho ficar ai e eu não ficar, que ele só faz mamar, eu fico sem ele, porque ele vai morrer'. Porque elas (enfermeiras) não queria deixar eu no hospital, as outras não queria, num sabe? Ai, eu contei minha situação a ela, ai ela foi e disse: 'então, ela vai ficar, eu deixo você ficar com o menino, mas você vai dormir no chão, viu? Você vai dormir no chão, você não vai ficar dormindo com seu menino, porque não pode dormir'. Só o menino no berço e eu butava uma cadeira e ficava ali com o menino o dia todinho. Ai, quando era de noite, quando tudinho se fastava, ai eu tirava os panos da bolsa, ai forrava o chão, ai tirava o menino, butava no braço, que ele tava operado, ai butava no seio pá o menino passar a noite mamando. E passei 5 dias. Só almoçava e jantar? Era ruim deu jantar (risos). Passava a noite todinha assim, só fazia almoçar e alimentando o menino no seio. Ai, a enfermeira dizia: você vai ficar ai, só que de comer a você nós não dá não, não pode não. Ai, eu fiquei lá com ele, ele ficou curado. Eu pensava que num... eu vinha pr'aqui, o povo dizia: 'ah! Esse menino não fica bom, ele vai morrer'".*

(Ivone – 47 anos)

Para eles, o hospital não é dado, e por isso, é necessária uma mediação. Neste caso, o acesso ao hospital está diretamente ligado a uma situação de dependência, seja de políticos da região, seja da própria estrutura hospitalar, a qual, pode-se dizer, reforça a situação de dependência e mesmo de exclusão.

Ademais, o hospital ainda é pensado como se fora um presídio e associado à morte, o que deixa esses usuários temerosos. Nesse sentido, é interessante acompanhar as narrativas a seguir:

*“Eu também nunca me internei em hospital não, eu não gosto de hospital. Hospital e cadeia não é minha paixão.<sup>30</sup> Eu não gosto de hospital. Eu não tenho medo da morte não, que da morte ninguém tem medo não. Eu gosto da morte porque ela não tem queda nem por rico nem por pobe. A queda é uma só, não tem diferença”.*

(Eunice – 78 anos)

*“Ai, quando eu fui pá o médico, ai ele achou de me internar quatro dias. Ai, eu fiquei aqueles quatro dias, mas fiquei agoniado, aperrado, que aquilo não é lugar da gente ficar não. Aquilo ali é uma coisa tudo difícil. O caba fica lá cuma que tá num isolamento, dentro de uma enfermaria daquela. Eu não gosto de hospital, eu posso ir no último apuro”.*

(Lourival – 60 anos)

A forma de olhar o hospital quando se é um familiar ou internado, segundo Herval Pina Ribeiro<sup>31</sup>, é singular. Dor e sofrimento se confundem com um enorme sentimento de exclusão física, social e de culpa. Para o autor, porém, não é apenas a instituição hospitalar, com sua história e hierarquia de submissão, que segrega, mas sim, o próprio adoecimento e seus incômodos, que nos fazem apartados do mundo dos que produzem. A punição, postula Herval Pina Ribeiro, é a ausência do convívio familiar e esse ambiente estranho, impessoal, autoritário e protetor acentua a culpa e o sentimento de regressão. Tudo isso aliado às tecnologias de diagnóstico e tratamento, que nos fragilizam e nos desnudam.

---

<sup>30</sup> Grifo de minha responsabilidade

<sup>31</sup> RIBEIRO. Herval Pina. Op. Cit. (nota 27)

O adoecimento, para esses usuários, uma vez que é representado pela perda da força, da harmonia e da normalidade do corpo, implicando sempre uma interrupção das suas atividades produtivas, gera um sentimento de inutilidade e até mesmo o de não existir e, por isso, uma exclusão social. E, se o hospital, no ato do internamento, os aparta do seu meio, reproduz, pois, essa lógica.

Diante do exposto, constata-se quanto esses usuários têm um acesso precário à assistência médica e, por que não dizer, assistência inexistente, apesar da “gratuidade” dos serviços prestados pelos hospitais pesquisados. Isto em decorrência das dificuldades que advêm de suas condições de vida, que lhes impõem a subordinação da utilização dos seus corpos às funções sociais dessa utilização, impedindo o estabelecimento de com eles manterem uma relação atenciosa, dificuldades para abandonarem as tarefas cotidianas para irem ao médico, do tipo de locomoção, particularmente para aqueles que residem na zona rural, da impossibilidade de seguirem a prescrição médica e, sobretudo, pela qualidade dos serviços que lhes são oferecidos.

A leitura que faço de suas queixas é a de que desejam e buscam o que a eles é negado. E quais os critérios utilizados para julgarem um hospital e se sentirem atendidos? Um “bom hospital”, para a maior parte deles, é aquele que reúne capacidade de resolutividade dos casos e prioriza um atendimento, no qual é levada em consideração a agilidade e a qualidade das relações interpessoais. Ou seja, a “boa relação” entre profissionais e usuários.

Quando indaguei o que significa um bom atendimento, uma vez que o julgamento sempre parte das oposição bom/ruim, alguns responderam:

*“É as enfermeiras, os médicos tratarem bem. Serem alegres, visitarem os doentes, dar o remédio na hora certa, atender quando se está precisando. Se chegar com uma dor, com alguma coisa, o médico vim logo receber, né? Se for o caso de operação, fazer os exames e operar, né?”*  
(Isabel – 24 anos)

*“É porque eles bota pr lá, não visita, as comidas não é do jeito, muitas enfermeiras são abusadas com a pessoa, não têm paciência com o doente. É por isso que eu acho que não é bem atendida [...]”*  
(Amélia – 19 anos).

Se, por um lado, eles reconhecem nos hospitais uma imagem negativa de todas as suas deficiências, de todas as coisas que socialmente lhes são negadas, seja exclusão, isolamento, medo, insegurança, dores, sofrimento e morte, por outro lado, reconhecem nele a esperança da cura, da saúde e, portanto, da vida.

Foi possível, pois, verificar que algumas usuárias preferem parir no hospital, sob os cuidados dos médicos e enfermeiros, a em casa, sob os cuidados de uma parteira. Elas reconhecem que no hospital existe um aparato técnico e que os seus profissionais são capacitados para sanar algum problema que possivelmente ocorra. Em casa, sentem-se desprotegidas e confiam apenas na vontade de Deus. Os depoimentos a seguir dão uma idéia desse reconhecimento e dessa credibilidade:

*“Oxente! No hospital é melhor, porque a gente tem mais vida, né? No hospital é melhor. Quer comparar ter um filho no hospital com ter um filho em casa? Em casa a gente sofre muito, eu sofri muito com esses filhos que eu tive em casa. No hospital é mais confortável, né? Eu achei melhor. Os médicos cuidando da gente, qualquer probleminha que a gente tenha o médico tá ali olhando, né? (risos) ”*

(Mara – 41 anos)

*“[...] porque os que eu tinha em casa era sofrimento demais, mulé. E no hospital a gente não sofre tanto como a gente sofre em casa não. Porque, pelo menos, tem uma ajuda daquela enfermeira, daquele doutor. Dava uma força à gente e a gente se confiava que tinha intidimento. Se a gente caísse numa pior, a gente já tava satisfeita e feliz porque sabia que eles intendia e em casa elas... elas não estudaro, elas não... era somente Deus que ajudava a elas e a nós, né? E lá no hospital é bom por isso, que se a gente tiver um perigo eles fala e faz o tratamento, né? Porque opera e tem ajuda, porque eles são bem educados e ajuda a gente com um conforto de palavra, né? Porque outro não pode ajudar, né? Ai, se vier um perigo eles opera, né? Não sofre quase as pessoa no hospital, eu achei que não sofre não. Agora, nós, lá no mato, as pessoa sofre, porque só se pega com Deus. Se tiver a boa sorte, tudo bem, escapa, mas se não tiver, morre, né? Porque ajuda na terra não tem, só a de Deus.”*

(Marluce – 57 anos)

Dona Leila, entretanto, deixa claro que não basta o aparato técnico, a posse de um saber, mas, sobretudo um tratamento humanitário, compreendido, principalmente, a partir da “boa relação” entre usuário e profissional.

*“Ela (parteira) é mais boa do que os médicos. É, pelo menos ela não largava a gente, era com a gente direto, assim, perguntando se a gente tava sentindo muita dor, se as dor era menos. E os médicos deixa a pessoa no quarto e se dana pra lá e a gente não sabe nem ...”*

(Leila – 30 anos)

A representação social do hospital por ser construída, a partir dessa dualidade, é permeada de ambiguidades. Ora desejam, ora repudiam, retardam a sua procura, mas nunca deixam de procurá-lo e, quando procuram, o fazem pressionados pela dor e pela necessidade de cura.

Recorrer ao hospital pode significar o ápice da prova do exercício da cidadania, é quando vai se verificar se os direitos assegurados pelo Estado realmente contemplam a todos, e se há uma proteção ou uma exclusão. Isto, em princípio, dependerá, sobretudo, da qualidade dos serviços oferecidos pela instituição, e isto se manifestará, particularmente, na relação entre o profissional e o doente-usuário. As representações geradas, a partir de uma tal experiência, reforçam a posição de tais indivíduos na sociedade. Tanto assim que esses usuários, muitas vezes, consideram-se “pobres” por não terem tido acesso a um tratamento médico condigno. Embora não tenham explicitado a noção de direito, deixam claro um sentimento de exclusão.

## 2 - Um Modo de Olhar o Internamento Hospitalar

Apesar de ser, em muitos casos, uma opção por necessidade, a hospitalização, de um modo geral, implica sempre a interrupção do ritmo comum da vida e representa a entrada num mundo ou num ambiente onde indivíduos são considerados “doentes” e “pacientes”. Nessa ocasião, são apartados do mundo dos que produzem, da família, desnudados e despojados de autonomia.

Ao entrar num hospital para internar-se, segundo Ana Lúcia Magela de Rezende<sup>32</sup>, a pessoa leva consigo uma bagagem que não é apenas patológica. Leva as suas crenças, fantasias e uma relação particular com o seu próprio adoecimento. É circunstancialmente dependente, quando se torna uma estatística, uma ficha, um prontuário, passando a misturar medo, fantasias, esperanças e possibilidades.

Ao ser admitido no hospital, o paciente sente-se como pessoa que deixou de ser capaz de assumir plena responsabilidade por suas decisões e ações, para se sujeitar às contingências impostas pela doença, pelo regulamento do hospital e pelo tipo de tratamento a receber. É necessário, ainda, submeter-se às normas e rotinas estabelecidas. Deve-se cumprir ordens e decisões quanto à alimentação, higiene, vestuário. Quanto à distribuição de seu tempo, horário de despertar, alimentar-se, repousar, dormir, receber visitas, todas as horas de seu dia são cronometradas e controladas pela equipe de tratamento médico. Além do mais, essa equipe tem o “direito” de manipular seu corpo e de ter acesso às suas partes mais íntimas, por exigências do tratamento médico.

Para esses usuários, visto que olham o hospital como se fora um presídio, em decorrência, justamente, das experiências vivenciadas por eles ou por pessoas do seu convívio, durante o período do internamento hospitalar, verifiquei que muitos se sentem “trancados”, “isolados”, “aperriados”, “agoniados” e, portanto, prisioneiros.

*“É ruim, né? A gente acha muito ruim, por causa que a gente fica lá trancada, não pode sair não, né?” (Mara – 41 anos)*

---

<sup>32</sup> REZENDE, Ana Lúcia Magela de. *Saúde: dialética do pensar e do fazer*. 2ª ed., São Paulo: Cortez, 1989.

Para amenizar esse estado, a direção clínica do Hospital Geral São Vicente de Paulo adotou como regra dessa instituição uma certa maleabilidade no que se refere aos horários de visitação.

Nas palavras do seu diretor clínico:

*“[...] a maior virtude do São Vicente é de ser muito humanitário, certo? É um hospital de uma certa democracia, de fácil acesso. Nós não escolhemos doentes, certo? A gente tem o horário de visita, mas qualquer pessoa que chegar, tem já um funcionário para levar o parente ao doente, pra não afastar muito. Porque o doente que está internado precisa de muito amor e de muita solidariedade. Então, isso faz parte do dia-a-dia do São Vicente, essa visita constante, tá certo? [...]”* (Pedro – 43 anos – médico)

Por essa razão, grande parte dos usuários entrevistados consideram esse hospital como sendo “o melhor” do Município, embora apresente uma enorme disparidade em termos de equipamentos médicos, de número de profissionais, de recursos financeiros, com relação à Unidade Mista Deputado José Pereira Lima, ressaltando sempre essa maleabilidade quanto aos horários de visita. Na Unidade Mista Deputado José Pereira Lima é rigorosamente seguido o horário de visitas, bem como a proibição de os internados entrarem com seus pertences.

No relato de D. Amélia, que se encontrava internada no Hospital Geral São Vicente de Paulo, percebe-se claramente a sua preferência:

*“Eu não gosto do hospital de lá, não. Lá, as pessoas não pode entrar com a roupa, você tem de deixar. As visita, eles procura saber se aquela pessoa tá bem e se tiver eles diz à família e pronto. Não deixa entrar. E aqui, entra a família pá visitar, o povo deixa entrar qualquer hora”.* (Amélia – 19 anos)

Eles reconhecem que o internamento hospitalar proporciona “comida na hora”, “higiene” e “remédio”.

*“A gente não vai butar falta onde não tem, né? Oxente! Tem a comida na hora, é roupa, é limpeza, é higiene, é tudo. É remédio, né?”*

(Arlete – 31 anos).

Mas, para eles, o “*bom mesmo é tá em casa*”

*“A gente acha bom porque é o jeito, né? Mas, o bom mesmo, é tá em casa, né? Tô achando bom, as enfermeiras trata da gente bem, os médicos também tá aqui na hora, né? Assim, porque o que a gente precisa elas procura o que que a gente tá precisando, né? A gente fala, né? E elas traz, né?”*

(Leila - 30 anos)

Acham que os dias ficam “compridos” e que as horas não passam:

*“Aqui a noite é muito boa, acho que é melhor do que o dia, porque a noite é mais passageira e o dia é mais comprido”.* (Amélia – 19 anos).

As mães, principalmente, as que têm filhos ainda bebês, sentem-se angustiadas e ansiosas pela alta médica:

*“Eu tava doida pá ir hoje, doida, doida. Eu pedi alta à doutora e ela disse: ‘não, você só vai amanhã!’ Logo, eu tenho uma menininha em casa e mama, mulé’* (Falou bastante emocionada e chorou).”

(Arlete – 31 anos)

Consciente da sua posição de “paciente”, o senhor Amaral desabafou:

*“O médico vem lá por contradição, né? Quer dizer, que eles não são mau não, né? Tem uns de cara meio dura (risos). Quer dizer, o médico da preferência da gente mesmo é doutor Zé Batista. Os outros ... num sabe? (falou baixo). A gente diz assim, fala baixinho, né? É porque ele dá atenção à gente, explica tudo, e tem uns que entra aqui com uma cara, é duas palavras e... Vigé Maria! Mas, a gente tem que suportar, né? É paciente, né?”<sup>33</sup>*

(Amaral – 81 anos)

No que diz respeito às dietas oferecidas no período da hospitalação, alguns relataram:

---

<sup>33</sup> Grifo de minha responsabilidade

*"[...] a comida é bem feita, mas é muito pouca. Mas, dá pa se alimentar. Lá no outro vem de tudo, vem carne, vem verdura, vem arroz, vem macarrão, vem o suco, aí eu acho que é melhor, né? E aqui, só vem o arroz, o macarrão e a soja. E de tarde, vem uma sopa. De manhã é o café e o pão. Uma bandinha de pão e uma banana. Quem não quiser o café, vem o leite". (Amélia – 19 anos).*

*"Lá no hospital de Serra eu não gostei bem da comida de lá, não. Só por causa que era só arroz. Aquele arroz branco sem nada, não tinha tempero de nada. Eu achava ruim as comidas de lá, achei muito ruim. Quando eu me internei com meu menino, que foi um menino que morreu com 10 mês, eu não gostei muito não. Por causa que ... quando eu cheguei em casa, óia, eu vinha com tanta fome, passei tanta fome. Logo, eu tava sem dinheiro, porque quando a gente tá com dinheiro, a gente pede pa comprar uma coisa e outra numa vendinha, mas, dessa vez que eu fui, eu não levei dinheiro. Ai, não comia, eu não gostava da comida de lá, não, de jeito nenhum". (Mara – 41 anos)*

A ecônoma, funcionária de um dos hospitais pesquisados e responsável pela supervisão das dietas dos pacientes internados, ao comentar a sua prática profissional, salientou o trabalho realizado junto aos hospitalizados, no sentido de convencê-los a aceitarem todos os alimentos prescritos na dieta hospitalar. Segundo ela, há uma enorme incidência de rejeições. Assim, relatou:

*"Olha, a respeito dos pacientes, a gente sempre tem uma palestra com eles, né? Quando há rejeição de alimentos, tá entendendo? **Porque eles rejeitam muito** (ênfase dada pela informante). É, uma comparação, assim, a mulher gestante, a puerpera, né? Ela não aceita o café com ovo, tá entendendo? Porque ela acha que prejudica. Às vezes, falando os termos que elas passam pra mim, né? Que a mulher quando está grávida, de resguardo, se comer ovo o sangue fica com mau cheiro. Então, eu sempre faço a palestra com elas e explico a elas a utilidade do ovo, que não tem nada com isso, e muitas vezes elas aceitam, as outras não. [...] a puerpera, ela não come mamão. Não come o mamão, o que o mamão faz a gente não sabe, tá entendendo? E muitas vezes eu chego a explicar: 'olha, você vai comer se quiser, tá entendendo? Mas, eu acho que se você não comer uma fruta, uma coisa, vai ficar muito pobre sua alimentação. Então, você vai comer,*

*eu vou ficar lhe acompanhando, se você sentir alguma coisa você pode mandar me chamar, tá entendendo?’ Mais tarde eu volto: ‘tá passando bem? Tô. Sentiu nada não? Não. Olha, eu não disse que o mamão não ofende [...]’*  
(Ofélia – 40 anos)

Torna-se, assim, evidente, que a classificação dos alimentos comum à maioria dos usuários entrevistados, possui uma lógica particular, que, até certo ponto, diverge do modo pelo qual o saber médico classifica os alimentos. É, pois, no hospital, especialmente durante a hospitalização, que esse confronto vem à tona, desencadeando uma relação de poder, na qual os usuários-pacientes, muitas vezes são levados a transgredirem as suas normas dietéticas.

Isto representa a entrada num mundo onde as pessoas estão sujeitas às coisas estranhas e, com frequência, inexplicáveis, onde o seu verdadeiro “ser” enquanto sujeito social é desprezado. Em suma, onde há “[...] a grande mutilação do eu”.<sup>34</sup>

Para não perder, porém, de todo sua identidade, esses usuários criam mecanismos de rebeldia, como já o disse no capítulo I, quando me referi à desobediência de algumas regras e normas estabelecidas pelos hospitais. É no silêncio das enfermarias e entre eles nos ambulatórios, que se ouve a respiração dos seus saberes. Saberes com os quais conduzem as suas vidas e lidam com o seu adoecer.

A hospitalização é, sem dúvida, uma situação insólita na vida do ser humano. A mudança para um ambiente impessoal, frio e de liminaridade gera implicações de ordem intelectual, afetiva e social. Daí por que tal situação exige uma prestação cada vez mais humanitária.

Fragilizados pelo adoecimento, pela sensação de inutilidade e sob os cuidados de “outros”, esses usuários percebem-se envolvidos por um sistema que enfatiza cada vez mais a sua inutilidade. Voltam-se para uma instância protelada ao máximo, após já terem esgotado todos os seus recursos terapêuticos familiares, considerando o mal de grande proporção física e atribuindo toda expectativa de cura à figura do médico.

Ao mesmo tempo em que a hospitalização representa a busca pelo alívio, significa a exposição a um sofrimento causado pelo afastamento de seu ambiente próprio. O fato de reforçar

<sup>34</sup> GOFFMAN, E. 1974. Apud. REZENDE, Ana Lúcia Magela de. Op. Cit. (nota 32), P. 98

o sentimento de estarem socialmente improdutivos e dependentes, alimenta a idéia de que deixaram de existir, de ser, desembocando numa ansiedade e numa realidade de mercê. Contudo, é importante não esquecer que mesmo esta situação nefasta para esses usuários contém em si uma significação positiva na possibilidade de efetivação da cura, da retomada da saúde, da força e, portanto, da vida, muito embora o hospital seja também o local onde se vislumbra a possibilidade da morte e do fim.

Retornar à família, ao seu meio, após terem-se submetido a uma hospitalização, torna esses usuários atores de um drama do qual saíram vitoriosos, heróis. Todos os detalhes são narrados, ora em colorido, ora em preto e branco.

### **3 - Mulheres – Principais Presenças nos Hospitais**

Considerando-se o perfil do usuário adulto por sexo, dos hospitais de Princesa Isabel, percebe-se de imediato a preponderância do sexo feminino. De acordo com os dados estatísticos fornecidos por essas instituições, quase 80% da sua clientela são mulheres, seja nos atendimentos ambulatoriais, seja nos casos de internamentos.

Durante a pesquisa, pude verificar essa discrepância entre a quantidade de homens e mulheres, buscando atendimento nessas instituições. Mulheres, cuidando de si ou trazendo os familiares, povoavam majoritariamente esses hospitais.

Na opinião de um médico entrevistado, isso acontece porque as mulheres são mais susceptíveis às doenças, estão mais sujeitas à patologia do que os homens. Ele parte do pressuposto de que as especificidades biológicas de ambos os sexos necessariamente implicam em graus maiores ou menores de adoecimento. Eis as suas palavras:

*“Eu acho o seguinte, eu sei que a maior procura é da classe feminina. Mas, como até pela constituição genética do homem e da mulher, a mulher adoecer mais, né! Eu acho. Por exemplo, a mulher chega com um problema de hemorragia, que o homem não tem. A mulher tem uma constituição genética que favorece mais a mulher adoecer mais que os homens, né?”*  
(Alberto – 48 anos)

Sem pretender descartar as especificidades biológicas de homens e mulheres, convém, todavia, não esquecer que, em várias sociedades, conforme escreve Eymard Mourão Vasconcelos<sup>35</sup>, historicamente tem ficado a cargo das mulheres a maior responsabilidade com as tarefas domésticas e os cuidados com as crianças. São as mulheres, continua o autor, que assumem o compromisso com o tratamento das doenças, são elas que levam as crianças aos médicos, aplicam os medicamentos e os cuidados prescritos, vigiam o aparecimento de sinais e sintomas clínicos, além de orientarem e supervisionarem os cuidados preventivos. E, assim, acabam tornando-se detentoras de um significativo saber e de uma rica prática em saúde e, portanto, marcando presença constante nos serviços de saúde.

De fato, todas as usuárias que entrevistei, indistintamente, desempenham esse papel na família. Sobre elas pesa a responsabilidade de cuidar das crianças, de preparar os alimentos e propiciar a higiene da casa e do vestuário. São elas que conduzem os tratamentos das doenças que ocorrem no seio da família. Nas doenças consideradas “leves”, “fracas”, por exemplo, elas recorrem aos medicamentos que compõem “a farmácia familiar”<sup>36</sup>. O comentário de uma das mulheres em apreço confirma a utilização que fazem, geralmente, dos saberes terapêuticos adquiridos entre as gerações. Vê-se tal utilização na fala a seguir:

*“Quando é uma doença que a gente vê que da pá curar com chá, né? Com remédio de mato, a gente faz. Quando os meninos têm com tosse eu gosto de fazer mel, fazer mel com malva, com casca de angico, um bocado de coisa que a gente faz.”*  
(Mara – 41 anos)

Quando esses recursos não surtem os efeitos desejados e, conseqüentemente, a doença é classificada em “grave”, “forte”, tomam a iniciativa para buscarem as alternativas de tratamento, irem aos hospitais. Muitas vezes, elas transpõem as fronteiras do Município, até

<sup>35</sup> VASCONCELOS, Eymard Mourão. *A Terapêutica Médica e as Práticas Populares de Saúde*. In: Saúde em Debate. Revista do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde. Londrina: CEBES, 12/96-03/96, nº 49/50, p. 101-106.

<sup>36</sup> Cf. LOYOLA, Maria Andréa. *Médicos e Curandeiros: conflito social e saúde*. São Paulo: Difel, 1984. que utiliza essa denominação para designar o estoque de medicamentos conhecidos e acumulados pelos informantes que constituíram a sua amostra.

mesmo do Estado, enfrentam as grandes filas, deparam-se com entraves que obstaculizam a operação da rede de serviços de saúde, tornando-se verdadeiras peregrinas.

*“Ele (filho) dava a crise, revirava os oinho, a herna, uma herna, assim, na viria dele, sabe? (falou baixo). Ficava bem grande, chega ficava dura. Ai, ele vinha, batia por aqui e tudo. Ai, eu fui com ele pra casa do prefeito em Juru e quando chegou lá o prefeito indicou pá o deputado, o deputado quando vei, levou nós pra lá pra o hospital em João Pessoa. Ai, o menino mamava, num sabe? Ai, elas (enfermeiras) foi e disse:... ai batemo muito, muito, a enfermeira muito boa, muito delicada, ai ela disse: ‘ela tem de ficar com a criança dela!’ [...]”*

(Ivone – 47 anos)

O grau de responsabilidade e de sobrecarga envolvido nessas tarefas é de tal monta que permite um acúmulo de conhecimento considerável e, assim, desempenha elas o papel de “médica da família”, e por que não?

No contexto pesquisado, os homens são designados para buscar provisões para a família, exercendo, basicamente, o papel de provedor. Abraçam quase que exclusivamente as atividades laboriais, indo aos hospitais somente quando se encontram impossibilitados para desempenharem as suas tarefas cotidianas, porém, quase sempre empurrados e conduzidos pelas mães ou esposas.

*“Eu fui com meu marido, que ele foi fazer consulta, receber resultado de exame e fui com o menino também, que tá doente de pneumonia. Eu sempre é que venho com eles, pode tá com 20 anos, mais de 20 anos. Eles não se interessa, não. Quando ele (esposo) tá doente, ele não se importa com doença não. É desse povo descansado”.*

(Mara – 41 anos)

Além do mais, nesse sistema de representações, ao que tudo indica, as mulheres, assim como as crianças e os idosos, são percebidos como mais frágeis do que os homens e, por isso, mais vulneráveis às doenças. Valendo-me das interpretações de Maria Andréa Loyola<sup>37</sup>, são esses

<sup>37</sup> LOYOLA, Maria Andréa. Op. Cit.

os indivíduos que têm o “direito” de ficar doente com mais frequência. Os homens são avaliados de acordo com a sua força de trabalho e, conseqüentemente, com a sua resistência às doenças; são considerados e consideram-se “fortes” ou “fracos”, dependendo da frequência com que adoecem, ou não. Dessa forma, assumir o adoecimento, para esses homens, ou dispensar certos cuidados com o corpo, posto que tal atitude é tida como típica das mulheres, é socialmente reprovável. Nesse sentido, relaciono a seguir alguns depoimentos, que considero reveladores de tal entendimento:

*“Assim, eu não sei o que acontece, eu sei que ele (esposo), uma vez por outra ele tá com gripe, quando dá gripe tem febre. Ele é uma pessoa, assim, que a gente vê que é uma pessoa fraca. Assim, fisicamente. E a gente sente, assim, que ele é uma pessoa debilitada, né? De vez em quando adoece e fica sem comer e a gente acha que é uma pessoa fraca, né?”* (Jandira – 37 anos)

*“[...] que a gente aqui somo mei forte, graças a Deus, né? Pelo Divino Espírito Santo que ajuda muito a nós. Que nós quando sai, assim, com doencinha pouca, mas que às vez fica bom pá ir trabaia, que os trabaio é demais”* (Lucrecio – 50 anos)

*“[...] faz muito tempo que eu tive uma doença. Eu sempre fui um agricultor forte, graças a Deus [...]”* (Lourival – 60 anos)

É importante lembrar que a resistência desses homens em revelar o seu adoecimento, em recorrer com mais frequência aos hospitais, não deve, segundo adverte Maria Andréa Loyola<sup>38</sup>, ser interpretada apenas como uma expressão de uma concepção machista do corpo, mas também, e sobretudo, como um produto das condições objetivas de vida dos homens deste universo pesquisado. Eles por exigirem bem mais força física do corpo que as mulheres, “escutam-se” menos.

As atividades das mulheres, embora muitas vezes idênticas às dos homens, como, por exemplo, no roçado, mas são, normalmente, caracterizadas como uma “ajuda” ao esposo.

<sup>38</sup> LOYOLA, Maria Andréa. Op. Cit. P. 133

*"[...] eu ajudo meu marido no roçado, eu trabalho mais em casa mesmo [...]"*.  
(Arlete – 31 anos)

Na verdade, elas se dedicam muito mais aos afazeres domésticos e assistência à prole. Por esta razão, prestam bem mais atenção ao corpo, investigam-se mais, são mais atentas às sensações doentias. Nas palavras de Luc Boltanski, mantêm uma *"relação sensitiva com o corpo"*<sup>39</sup>.

Ao ouvir os seus relatos, tive a curiosa sensação de que essas mulheres não recuam para o mundo doméstico e seus provedores, seus *"príncipes encantados"*, aleatoriamente, mas porque socialmente é sobre elas que pesa tal responsabilidade e papel.

Aliado a tudo isso, pareceu-me importante considerar a cobertura dada pelos hospitais de Princesa Isabel no que tange às áreas de uso pelas mulheres. Esses hospitais contemplam a esfera reprodutiva, privilegiando o parto, o pré-natal e o puerpério, o controle do câncer cérvico-uterino e mamário e a assistência para concepção e contracepção, entre outros, além dos serviços de pediatria. Assim, acabam mantendo essa lógica e atraindo tantas mulheres.

Com suas praticas e saberes, tais mulheres, no cenário hospitalar, vão construindo um mundo dentro de outro mundo, agindo e reagindo, ajustando os dois em permanente equilíbrio.

Excluídas em tantas atividades na sociedade, elas acabam assumindo um papel de relevada importância para a superação da doença no seio da família.

Eymard Mourão Vasconcelos<sup>40</sup>, Sherrine Maria N. Borges<sup>41</sup>, entre outros pesquisadores, advertem para que os profissionais de saúde aprendam a escutar o que as mulheres, as mães, as esposas falam e como falam, o que as fazem sofrer e as incomoda, para que assim possam intervir positivamente no processo de adoecimento e de cura e seus atos tenham eficácia

<sup>39</sup> BOLTANSKI, Luc. Op. Cit. (nota 28), p. 174

<sup>40</sup> VACONCELOS, Eymard Mourão. Op. Cit. (nota 35)

<sup>41</sup> BORGES, Sherrine Maria Njaine. *Assistência Integral à Saúde da Mulher e os Serviços Básicos de Saúde: a relação profissional de saúde / mulheres*. In: Anais da I Conferência Nacional "Saúde e Direitos da Mulher". Brasília: 10-13 outubro de 1986.

terapêutica, pois “o mistério da vida humana extrapola, em muito, o conhecimento científico”.<sup>42</sup> O saber dessas mulheres não deve ser descaracterizado, subestimado nem ridicularizado, mas acima de tudo, respeitado.

## 4 - Nós, os Pacientes, Eles, os Doutores

Escutar esses usuários significa perceber imediatamente quanto evidenciam uma desigualdade marcante em suas vidas: aquela que opõe o nós, os pacientes, a eles, os doutores. Para descreverem a sua situação e o lugar que ocupam na relação com os médicos e enfermeiros e, até mesmo no mundo, lançam mão dessa referência, ou seja, contrapõem um “nós” contra um “eles”. Nós, os “pacientes”, os “doentes”, os “pobres”, os que calam, que recebem ordens, ajudas, favores. Eles, os “doutores”, os “ricos”, os que “estudaram”, aqueles que possuem um conhecimento, uma arte de curar e, portanto, aqueles que podem falar e conduzir o tratamento. Tanto é assim que a prescrição médica, a tão comentada “receita”, é sempre encarada como uma exigência, mando, ordem, determinação.

Os trechos dos depoimentos a seguir, como os outros a serem citados mais adiante, sintetizam as imagens e concepções que constroem a respeito de si, de seus iguais e daqueles que lhes são socialmente opostos, além das muitas características que atribuem aos pacientes e doutores:

*“Eu vim pá o médico, aí eu pedi uma requisição pá fazer inzame, pá fazer ligação e ele deu. Não falou nada, só deu a orde e eu fui fazer inzame no outro dia”.* (Arlete – 31 anos)

*“Quando eu cheguei em Serra, me consultei com o médico, aí ele disse que era uma veia interrompida e eu não tinha doutor que me operasse, se me operasse eu morria. Ai, sai da roça, mulê, fiquei*

---

<sup>42</sup> VASCONCELOS, Eymard Mourão. Op. Cit. (nota 35), p. 103

*assim, tomando os medicamentos dele, de quatro em quatro mês ele inzigindo deu ir lá, eu vou e não resolvo nada [...]”.*

(Ivone – 47 anos)

Não há como evitar a constatação de que a relação entre eles e os doutores é, como também observou Luc Boltanski<sup>43</sup>, junto às “classes populares” francesas, uma relação de poder, de força, demasiadamente desigual, na qual estes doutores estabelecem um modelo hierarquizado e unilateral na comunicação. Esta cena é bastante comum no cotidiano da vida desses usuários, eles se veem diante dos doutores que, geralmente, não os escutam, que lhes prescrevem um tratamento de maneira autoritária, silenciando a singularidade dos seus saberes.

*“Ai então, eu fiz a consulta e depois o eletro. Só que ele fala junta por junta. Todo osso que tiver em riba da gente ele... ele vai perguntando. Ele pergunta se a gente mastiga bem, se ouve bem, se não tem problema na garganta, tudo, tudo. Ele pergunta e escrevendo lá, né? Ai então, a gente não traspassa, a gente só responde o que ele pergunta (risos), só o que ele pergunta. Perguntando e escrevendo lá. Que quando termina, então ele vai lendo lá, vai conferindo, né? Às vez eu ia adiantando, ai ele: ‘olha, eu lhe pergunto, eu lhe pergunto, eu chego lá’ (ênfase dada pela informante) [...]”.* (Laura – 56 anos).

Contudo, alguns não se modelam passivamente às ordens e exigências e planejam suas vidas como eles e não como seus doutores querem. Com isso demonstram, pois, que não são “quadros em branco”, como escreveu Eymard Mourão Vasconcelos<sup>44</sup>, onde os médicos podem imprimir suas orientações e prescrições. Eles levam para o atendimento médico suas visões de mundo e práticas, muito embora nem sempre possam nessa relação de poder, de força, desarmar-se e narrar seu estado de dor e a própria relação com seu adoecimento. Detectei, por exemplo, que em muitos casos, após uma consulta médica, em casa, longe do olhar dos doutores, alteram as dietas prescritas, reduzem as dosagens dos medicamentos ou, até mesmo não os utilizam. Portanto, formulam novas opções para si mesmos.

<sup>43</sup> BOLTANSKI, Luc. Op. Cit. (nota 28)

<sup>44</sup> VASCONCELOS, Eymard Mourão. Op. Cit. (nota 35)

Evidencia-se, então, que a possibilidade de optar em aceitar ou não o tratamento torna-se mais viável nos serviços ambulatoriais. Na hospitalização, na medida em que os seus desejos são coibidos, que são vigiados, tal possibilidade torna-se mais difícil. É somente na ausência desse olhar clínico que mantêm os seus direitos de opção. Em oposição, o hospital é uma instituição total, tal como o presídio, o manicômio, o convento. Basta observar os trechos dos depoimentos a seguir, que trazem à baila o exercício pleno da autoridade de seus saberes e práticas terapêuticas:

*“[...] Ai o médico de coração ele passou uns comprimidos, num sabe? Ele passou aquele Lexotan de 6 mg, né? Ai, sei que eu comprei, não sei se era neivoso, que eu li na receita do remédio e ai falava que várias pessoas, umas dava vertige, outros, assim, se tivesse com pobrema, assim, é capaz se tomar esse remédio dar vertige, né? Ai, eu não sei se foi o medo, eu sei que quando eu tomei o comprimido, ai eu me senti mal, fiquei com aquele cansaço, ai eu digo: ‘já não vou tomar mais!’ Ai eu deixei, não tomei mais não. Ai pronto, eu sei que dai pra cá é desse jeito”.* (Jandira – 37 anos)

*“Os médicos manda eu operar o coração, mas eu não faço isso não. Eu sigo o conselho dele (rezador), porque, se eu operar, ele disse que eu posso até ... porque o meu problema cardiaco é de familia [...]”*  
(Maria – 43 anos)

*“Eu fui ao médico, ai ele passou o medicamento, marcou o modo de usar, ai eu trouxe. Ai eu digo: ‘quando chegar em casa eu vou dar continuidade a tomar esse medicamento’. Ai, ao mesmo tempo eu digo: ‘sabe de uma coisa? Eu não vou tomar esse remédio, eu não vou usar não’. Ai, justamente, do jeito que eu trouxe, ainda hoje tá guardado ali, eu não usei nem o primeiro comprimido, eu não usei, não. Ai, os dias foi se passando, se passando e eu me achando mais melhor, e sei que fiquei bom e o medicamento tá ali guardado, eu não fiz conta de maneira alguma. Eu acho que não adianta nem eu ir ao médico, não é mesmo?”*  
(Lourival – 60 anos)

Medicar, adverte Eymard Mourão Vasconcelos<sup>45</sup>, é muito mais do que prescrever cuidados e tratamentos, é um ato de educar. Deve ser tomado como um jogo de convencimento e negociação do diagnóstico e prescrever com outros saberes e práticas, em que o resultado seja sempre um híbrido do saber do médico e da reinterpretação pelo paciente, “cidadão livre”. Neste particular, medicar é uma ação pedagógica na qual alguém nem sempre é o mestre e o outro, o aprendiz, mas a comunalidade das experiências e conhecimentos dos sujeitos envolvidos no processo.

A ausência de escuta do discurso do outro, de sua singularidade no sofrimento, assinala o autor, impedirá com certeza o sucesso do tratamento. O esforço médico deverá voltar-se para compreender o outro não apenas ao nível biológico, anatômico, mas também nas suas dimensões que estão além do físico, ou seja, tratá-los como indivíduos diferenciados e únicos, com sua história, suas preocupações e suas experiências do estar doente, postula Eymard Mourão Vasconcelos. Continuando, este autor recomenda um caminhar de mãos dadas com a Antropologia, com a Sociologia e com a Educação, pelo muito que essas disciplinas têm a contribuir para desvendar os mistérios do adoecimento humano e, daí, possibilitar uma adequada intervenção.

Segundo Luc Boltanski<sup>46</sup>, a atitude autoritária dos médicos frente aos “membros das classes populares”, suas reservas em fornecer-lhes informações médicas sobre seus corpos e doenças, reforça um sentimento de desconfiança desses membros, frente aos médicos e a que têm face à doença. Além do mais, tolhe a possibilidade de eles manterem com seus corpos uma relação científica, bem como uma relação reflexiva com a doença. Portanto, inviabilizam o diálogo e acabam por empurrá-los a construir com os seus próprios meios os discursos sobre a doença. Os médicos, prossegue o autor, só transmitem a eles informações parceladas, com as quais vão edificando novos discursos.

Realmente, no contexto em estudo, verifiquei que os usuários constroem diversos enunciados acerca da doença, a partir de termos arrancados do discurso do médico, fazendo um jogo de reinterpretações. Eles disputam com os médicos cada parcela desse conhecimento tão valorizado pela sociedade. Tornam-se hábeis em conhecer nomes de remédios, algumas

---

<sup>45</sup> VASCONCELOS, Eymard Mourão. Op. Cit.

<sup>46</sup> BOLTANSKI, Luc. Op. Cit. (nota 28)

prescrições e usos. Reconhecem diversos sintomas e quadros clínicos e apontam seus tratamentos.

O que fica bastante evidente nos relatos abaixo:

*“[...] o problema de mãe é no intestino. Ela é... o intestino dela... o médico falou que o intestino dela é preguiçoso, não funciona direito, né?”* (Mara – 41 anos)

*“[...] Eles (médicos) acharam que tinha sido um... eu não sei dizer o que eles falaram, né? Eu não lembro... ele disse que devia ter sido, assim, um ataque de neivo que deu e com aquilo deu aquele choque no coração”.* (Jandira – 37 anos)

*“[...] o doutor disse que achava que era... como se chama? Uma tal de colateral. Eu disse a ele que eu tinha uma enxaqueca muito grande, aí ele disse que era colateral [...]”.* (Amaral – 81 anos)

*“[...] quando eu cheguei em Serra, me consultei com o médico, aí ele disse que era uma veia interrompida e que não tinha doutor que me operasse, se me operasse eu morria [...]”.* (Ívone – 47 anos)

Se, por um lado, esses usuários reconhecem o poder dos médicos em função, principalmente, dos seus conhecimentos adquiridos pela escolaridade, por outro lado demonstram certas inseguranças e, até mesmo, desconfianças, por acreditarem que eles são passíveis de “atrapalhos” e “enganos”. O que pode ser observado na narrativa de S. Amaral, sobre o diagnóstico proferido pelo médico em um dos hospitais pesquisados, quando foi atingido por um tiro no maxilar inferior e após ter recorrido a vários hospitais, inclusive em outros municípios, sem resultados:

*“[...] quando eu cheguei aqui o mesmo médico (risos) informou e disse... **que eles se atrapaia também, né?** (falou baixo). Ele disse: ‘Ah! Isso aqui foi um dente que delatou’. Aí eu disse: ‘tem dente nesse local não, doutor.’ Aí ele disse: ‘tem não?’ Eu disse: ‘tem não!’ Aí ele disse: ‘você espere a segunda-feira!’ Ora, esperar, né? Aí ele disse: ‘dá pra você ir pra casa?’ Aí eu disse: ‘dá, que eu vim,*

*nê?’ Ai o que sucedeu é que ele... eu digo: ‘eu não venho mais não doutor’. Ai ele disse: ‘é, o senhor é quem sabe [...]’*

(Amaral – 81 anos)

Demonstrando o mesmo sentimento, um rezador, narrando uma das suas tantas experiências como usuário de serviços hospitalares, comentou:

*“[...] agora, se a senhora ver o sintoma do verme, comade. Não tinha quem dissesse que era verme, não. Fui pá Serra Talhada com essa mesma doença, cheguei lá o doutor queria me cortar, dizendo que era prosta. Pa você ver como tem cavalo no mundo, fia. Cavalo batizado dizendo que é médico, fia. Por isso eu não tomo remédio de médico, não. Tenho que ler a bula, tenho que olhar, eu tenho que trazer pra casa. Lá eu não tomo, é perdido dar. Dirmaiei com uma injeção que tomei ai no hospital. Pra quê? Pra tomar mais remédio pa tá dirmaizando? Pa, bufe, uma injeção. Eu com pressão alta, com chaga, o coração ruim, deu uma Buscopan foi pa, bufe. E disse mais quando eu escapei: ‘nunca mais tome Buscopan’. Eu disse: ‘e se eu tivesse morrido doutor? O que era de mim? O senhor ia ficar ai na sua e eu enterrado dentro do chão. Ainda bem que eu tornei, não foi, doutor?’ Só foi o que eu disse a ele e nunca mais eu dei nem um bom dia a ele [...]”.*

(Damião – 60 anos)

E sobre a parafernália técnica utilizada pelos médicos, vejamos o que disse:

*“[...] não tem o que aprender em Medicina, não, fia. É só mesmo passar lá nos aparei e pronto. Minha fia estuda e faz tudo que tem direito sem se preocupar. Os aparei te ensina divinamente, minha fia aprende o que quiser, faz tudo o que tiver direito, sem se preocupar. Médico come fogo nas minhas unhas aqui”.*

(Damião – 60 anos)

Ao que parece, é por acreditarem que os doutores também se “enganam”, se “atrapalham” e por terem a consciência de que não recebem a atenção devida, de que gostariam, é que eles conferem tamanha importância tanto à utilização de aparelhos médicos durante o exame clínico, tais sejam: aparelho de pressão, abaixador de língua, lanterna, estetoscópio, termômetros,

entre outros, quanto à solicitação de exames laboratoriais, radiografias, ultrassonografias, etc., quando de uma consulta médica. Esses aparelhos, esses exames, possibilitam a aproximação entre o médico e o paciente. É através deles que recebem o olhar e a escuta. Eles suprem, até certo ponto, a atenção que lhes foi negada.

Para eles, a consulta médica é considerada “boa”, “bem feita”, quando os médicos, além de receitarem medicamentos, lançam mão da tecnologia biomédica para investigarem as doenças, proferirem os diagnósticos e prescreverem os cuidados e procedimentos. Neste sentido, a avaliação de D. Mara é por demais contundente:

*“A consulta é boa quando ele bota aparelho, né? Porque tem médico que consulta uma pessoa, assim, só de conversa, nem olha direito pá pessoa, né? E tem outros que bota aparelho, que nem o meu menino quando vei ai no hospital. Eles butaro aparelho nas costas dele, no estâmbó dele, por todo canto. Ai, pediu radiografia. Quer dizer que uma consulta dessa é mais bem feita, né? E a consulta que não é bem feita, só faz conversar um pouquinho e passa aquele remédio e manda a pessoa ir embora. Quer dizer que uma consulta dessa eu não acho que é bem feita, não é?”* (Mara – 41 anos)

A mesma compreensão também percebe-se no relato de D. Jandira, quando fez uma brevíssima, porém contundente, apreciação:

*“Eu não achei, assim, que foi muito boa a consulta, porque a doutora não utilizou aparei nenhum, né?”* (Jandira – 37 anos)

Segundo registra Maria Andrea Loyola<sup>47</sup>, geralmente aqueles indivíduos que não dispõem de qualquer forma de controle sobre o sistema conceitual e sobre a lógica admitida na prática médica tendem a assumir, em relação aos médicos, uma atitude de desconfiança. E por não compartilharem dos princípios que embasam a eficácia dos medicamentos, passam a buscá-los no próprio médico.

<sup>47</sup> LOYOLA, Maria Andrea. Op. Cit. (nota 36).

De fato, foi possível observar que esses usuários avaliam o médico a partir da eficácia ou não dos medicamentos prescritos. Eles fazem uma associação entre médicos e medicamentos e assim julgam a sua qualidade profissional e equilibram sua autoridade. Quando os medicamentos surtem os efeitos desejados imediatamente, consideram o médico “bom” e logo divulgam, em ampla escala, sua autoridade. Em caso contrário é tido como “ruim” e não mais procurado. Não se pode desconsiderar, porém, que, a partir do momento em que se obtém a confiança no médico, a tendência é que todo remédio prescrito seja avaliado como eficaz, ou pelo menos não prejudicial. Os depoimentos de D. Eunice e D. Marluce vêm demonstrar essa associação que fazem e quanto isto determina o tipo de relações vivenciadas com os médicos.

*“[...] um médico é bom quando ele passa o remédio e dá na doença da gente e a gente amiora e fica boa, né? Mas, um médico que a gente se receita e passa um remédio e não seive de nada, a consulta que ele fez com a gente não deu naquela doença da gente, né? Ai, ele não é um médico bom, né?”*  
(Eunice – 78 anos)

*“[...] sabe como é? Quando a gente faz a consulta com o doutor e ele passa o remédio e a gente melhora, né? Fica boa, né? Ai, a gente fica dizendo: ‘foi consulta boa, o doutor é bom’. Ai fica dizendo pá os outros: ‘pode ir pá o doutor fulano, que eu tava doente e ele passou o remédio e eu fiquei boa.’ Ai, ele fica mais inteligente pá ir se consultar, né?”*  
(Marluce – 57 anos)

Em vários momentos, deixam transparecer quanto são sensíveis aos modos dos médicos e enfermeiros e quanto prestam atenção em todas as suas atitudes em relação a eles. Nas suas “bondades”, nos seus “abusos”, nas suas “gentilezas” e “cortesias”. Eles pressupõem que os médicos e enfermeiros fazem diferenças nos atendimentos, conforme a posição social do indivíduo, somado ao grau de amizade entre eles, ou seja, do conhecimento pessoal. Muitos, até, verbalizam que por serem “pobres”, “desconhecidos” são atendidos com descaso, desinteresse e assim não têm um “tratamento de futuro”.

*“[...] a gente conhece elas (enfermeiras) aqui, aí elas atende a gente muito bem, são alegre, eu acho elas boa [...]”*

(Mara – 41 anos)

Conforme Luc Boltanski<sup>48</sup> uma vez que os membros das “classes populares” não dispõem de critérios objetivos para medirem a competência dos médicos, posto que não participam do seu universo conceitual, utilizam-se de critérios usados frequentemente na apreciação de outrem. Esses critérios, nas suas interpretações, influenciam fortemente na escolha por determinados médicos.

Esses usuários, ao que tudo indica, agem segundo esses princípios. Eles deixam claro que aqueles doutores “abusados” são evitados, enquanto que aqueles considerados “alegres”, “conversadores”, são os preferidos, os de quem eles gostam, e a quem têm apreço. Ser “abusado”, é não conversar, e assim, marcar a distância social. Ser “alegre”, conversador, é possibilitar o aprendizado, pois o silêncio é uma dupla negação, não se verbalizam as dores, e, portanto, não se aprende com elas.

Com atilada percepção, alguns assinalaram as impressões que fazem dos doutores quando com eles se relacionam:

*“[...] tem uns doutor abusado, né? (risos), mas é isso mesmo, (risos) eu gosto mesmo é quando o doutor é alegre, aí a gente se sai bem, né? [...]”*

(Lucrecio – 50 anos)

*“[...] as enfermeiras daqui são boas, elas são conversadeiras, não são abusadas, porque tem enfermeira que é abusada demais (risos). As de lá do outro hospital são abusada com a pessoa, eu não gosto de lá não”*

(Arlete – 31 anos)

Tais critérios explicam a forte preferência que demonstram pelos doutores “amigos”, “conhecidos” e, o mais interessante, do sexo feminino. Vários confessaram sentirem-se mais à

<sup>48</sup> BOLTANSKI, Luc. Op. Cit. (nota 28)

vontade, até mesmo mais compreendidos, quando são atendidos por médicos e enfermeiros da região, com os quais mantêm um certo grau de amizade, conhecimento e, principalmente, quando estes são do sexo feminino. Quando estes são ‘amigos’, segundo eles, “dão mais atenção”, explicam “bem direitinho as coisas”. Quando são mulheres, são tratados com “delicadeza”. Esta compreensão, ao que me parece, está relacionada também com os mitos acerca da natureza feminina: são delicadas, bondosas, compreensivas, etc.

*“É, às vez até tem algumas coisas que a gente, assim, com o médico, eu sou mais acanhada, né? Até, que, assim, porque a gente tem vergonha, né? As vez terá coisa que a gente tem vontade de conversar com os médico, mas então, a gente, né? (risos). Aí até que eu pensava, assim, se fosse uma médica pá atender a gente, em muitos causos seria melhor, porque a gente... mulher com mulher a gente se entende, né? Se sente bem, mais a vontade, né? As doutora são tão delicadas com a gente e os médicos não, né? Se fosse uma doutora em acho que era melhor, né?”* (Laura – 56 anos)

Um rezador, ao comparar a assistência recebida pelo médico com a assistência prestada por uma médica, deixa claro que esta é delicada, atenciosa, enquanto que aquele é grosseiro e até estúpido. Deste modo, ele comentou:

*“[...] achei muitos doutores mau, que trata mal, que responde mal, que é mal educado, que faz o serviço com extravagância. Vamos supor, minha fia vai fazer um exame, como eu fui fazer, de hemorródia. Fui pá Campina Grande, levado pá um médico de lá, mandado por uma amiga minha, comade dele de vela. Cheguei lá no tempo da politica. Escute essa. Fle chegou e disse: ‘tire a roupa’. Eu tirei. ‘Bote os dois joelhos na ponta da mesa e os dois cotovelos’. Eu butei. Fiquei aquela muqueca, que a senhora sabe, que ajoestado no chão duro a senhora não aguenta muito tempo, quanto mais só a ponta dos joelhos e a ponta dos cotovelos aqui e foi politicar. Me deixou lá e foi politicar mais o outro lá, toda vida. Quando ele abusou de politicar... e eu lá tremendo como uma vara verde, vendo a hora cair, porque tava escurecendo até a vista. Aí, chegou, aquele dedão, vestiu as luvas, aí mexeu pá um canto e outro, pegou aquele ferrão que nem um alicate, butou dentro do reto, puxou o reto pra fora e disse: ‘tem caroço não, vá fazer o exame de prosta ali’ (empostou a voz). Não me tratou bem, assim. Senti muita dor. Eu*

*pensei que era o tipo de exame. Também pobe sofre mesmo, não liguei. Fui pra João Pessoa, do mesmo jeito, judiou que só. Dois marmanjão lá vermelho, doutorzão, judiaro que só. Fui pra Recife. Cheguei lá, levado por esse amigo meu, uma doutora saiu na porta e disse: 'preferença, doutor ou doutora?' Eu digo: 'ô comade, hote uma doutora, que de doutor eu já venho tão escardado, pá ver se é melhor'. Por isso eu digo a vocês, fia, que vocês mulheres tudo que faz é por amor. Eu se fosse Deus, vocês tava no Reino do Céu, com tripa e tudo, sem passar nem perto do fogo, nem pá ver.. Ai, ela chegou e disse: 'o senhor, por favor, tire a roupa'.(grifo meu) Tá bem, doutora. 'Deite'. Eu digo: 'e é deitado doutora que faz?' Ela disse: 'é, pode ficar à vontade, não tem nada, não.(grifo meu) Butou um liquidozinho, butou aquele dedinho com toda delicadeza, eu nem senti. Butou o ferrinho com toda delicadeza, puxou pra fora, eu nem senti, senti não. 'Levante, tá bom, não tem nada, não, faça o exame de prosta ali.' Cheguei lá, o outro já tava recomendado pelo médico que tinha me levado, oxente! Me recebeu bem demais, fui bem demais nesse dia. Mas, só agradeço porque foi uma doutora que fez isso, fia. [...] porque se você vai fazer isso com um paciente, como é que você bota o paciente aqui de joeio em cima do bico de uma mesa, com dois cotovelo em cima, nu, em tempo de cair e vai politicar? Não é marvadeza, fia? Minha fia acha que isso é competência? Isso só se vê mais na classe homem, fia [...]' (Damião – 60 anos)*

Assim, esses usuários, ao se relacionarem com os doutores, vão operando com o que dispõem, com um universo que é restrito em muitos momentos. Eles não se eximem de tentar construir uma lógica dentro desta relação. Em nenhum momento, questionam o saber médico, embora julguem o médico, a partir das suas qualidades pessoais. Eles acreditam nesse saber, sem que, para tanto, levem às últimas conseqüências a sua veracidade ou não, acreditam, têm fé.

Para eles, o médico que conversa é valorizado. Tal atitude não é correta? Segundo Luc Boltanski<sup>49</sup>, o saber médico só é possível de ser julgado dentro dos quadros normativos da ciência. Nesse sentido, a relação médico-paciente nas “classes populares” seria uma relação condenada. Do lado do médico, pelo exercício de poder e pela falta de diálogo, do lado do paciente, pela incapacidade de compreender a terapêutica médica. A partir daí, resta aos “pobres” operar com a simpatia e com a crença.

<sup>49</sup> BOLTANSKI, Luc. Op. Cit.

Pelo enorme conjunto de depoimentos, que são por si mesmos muito complexos, percebe-se que esses usuários valorizam a conversa permitida pelo médico, não pela crença na conversa ou pelo prazer, mas sim, e sobretudo, porque, ao se sentirem valorizados, respeitados, passam a ter condições de, aprendendo, participarem do processo de cura e se sentirem sujeitos de suas vidas. Será que eles são passivos? Que percebem a sua posição no mundo e dizem sim? Ou constroem um outro modelo e dizem e por que não?

## **CAPÍTULO III**

### **SAÚDE E DOENÇA EM PRINCESA ISABEL**

## 1 - A Concepção dos Usuários

A princípio, percebe-se que saúde para os usuários é definida pela ausência de sinais e sintomas clínicos que caracterizam as doenças. Foi, pois, consensual entre os entrevistados considerarem-se possuidores de saúde pelo fato de não “sentirem nada”, ou seja, não apresentarem alterações no seu estado de “normalidade”, como a dor física ou a febre, por exemplo:

*“Tenho saúde. Graças a Deus tenho saúde, porque eu não sinto nada. É, não sinto nada. Quer dizer, que é o causo d’eu falar pra você que eu não sinto nada. Se eu sentisse alguma coisa, quer dizer que era problema que tava acusando que eu não tinha saúde, n’era? Mas, que quando eu não sinto nada, eu acho que eu tenho saúde, né? Não é assim?”*

(Lourival - 60 anos)

*“Eu tenho saúde (risos), porque eu não sinto nada, né? Talvez eu seja até anêmica, meu sangue seja fraco, né? Mas, eu não sinto nada. Não sinto nem uma dor e nem sinto problema, assim, porque meu sangue seja fraco. Mas, primeiro, eu tenho que fazer um exame pra ver se meu sangue é fraco mesmo e que não segura a criança até os nove meses. Eu não sinto nada, não, nem gripe nem febre, nada, né? (risos).*

(Isabel - 24 anos)

Assim, a compreensão sobre saúde passa pela ausência do sofrimento físico, demonstrando que a sua representação é construída em oposição à doença. Isto sugere uma tendência negativa de se explicar a saúde, uma vez que o estado mórbido é a referência. Neste caso, portanto, ter saúde é não estar doente. A saúde, é então, a ausência da doença que se manifesta pelo “silêncio do corpo” ou pela sensação de bem-estar. Em outros termos, “[...] é a vida no silêncio dos órgãos”.<sup>50</sup>

Pude, entretanto, observar ainda que a saúde também se conceitua como disposição para a vida em geral e, em particular, para o trabalho. Saúde significa, pois, energia e disposição possibilitada pelo equilíbrio e pela harmonia do corpo. Tal definição evidencia uma maneira de se entender a saúde, a partir dos seus aspectos positivos. Essa compreensão se verifica,

<sup>50</sup> LERICHE. R. (1936) Apud CANGUILHEM, Georges. *O Normal e o Patológico*. 3ª. ed., Rio de Janeiro: Forense Universitária. 1990. p. 67

principalmente, nos relatos de D. Ivone e D. Maria, portadoras de doenças cardiovasculares, segundo diagnóstico médico:

*“[...] antes eu tinha saúde, aí, quando me apresentou, foi de uma vez, esse problema. Porque eu trabalhava na roça e tudo, não sentia nada, né? Era, trabalhava em todo serviço, todo serviço eu trabalhava” [...] (Ênfase dada pela informante) (Ivone - 47 anos)*

*“Ah!, Antes eu tinha uma saúde de ferro, eu não sentia nada. Foi na minha primeira gravidez. Eu não sentia nada, eu pulava quatro noites de carnaval, eu não perdia uma festa (risos). Depois que eu tive o meu primeiro menino foi que descobriram essa doença toda em mim”. (Maria - 43 anos)*

Importa notar que nesses relatos prevalece uma apreensão da saúde elaborada, a partir do “silêncio do corpo”, bem como do uso funcional que dele fazem. Nas suas atividades cotidianas, geralmente ligadas à agricultura, o corpo, ao que tudo indica, é um produtor e um instrumento que lhes fornece os meios de subsistência, ou seja, é o santuário da força que torna o homem um ser produtivo.

Essas questões, nos remetem às idéias de Luc Boltanski<sup>51</sup>, nas quais “os membros das classes populares”, forçados, por suas condições econômicas, a uma intensa utilização física de seus corpos para produzirem os seus meios materiais de existência, estão, no geral, impossibilitados de estabelecerem com eles uma relação reflexiva, não tendo, pois, o hábito de “escutá-los”, “analisá-los” e “compreendê-los”. Daí por que percebem a doença como algo repentino, intempestivo, súbito, isto é, quando já não mais estão em condições de utilizá-lo, ou seja, trabalhar.

Deste modo, a saúde para esses usuários “[...] é a inconsciência de seu próprio corpo”<sup>52</sup>, e por ser explicada pela disposição para a vida em geral e, em particular, para o trabalho, como bem definiu Maria Andréa Loyola<sup>53</sup>, que se valendo de trabalhos de pesquisa pôde evidenciar semelhante entendimento, é representada pela idéia de “força”, notadamente de força

<sup>51</sup> BOLTANSKI, Luc. Op. Cit. (nota 28)

<sup>52</sup> CANGUILHEM, Georges., Op. cit. (nota 50), p. 67

<sup>53</sup> LOYOLA, Maria Andréa. Op. Cit. (nota 36)

utilizável no trabalho. Isto concorre, provavelmente, para a percepção e classificação das pessoas em “fortes” ou “fracas”, de acordo com a sua susceptibilidade às doenças e, conseqüentemente, sua disposição para trabalhar e alimentar-se. O que pode ser observado nos comentários proferidos por algumas usuárias, quando se referiam aos seus cônjuges:

*“Ele é forte, ele tem saúde de touro”.* (Paulina - 37 anos)

*“Assim, eu não sei o que acontece, eu sei que ele, uma vez por outra ele tá com gripe, quando dá gripe, tem febre. Ele é uma pessoa, assim, que a gente vê que é uma pessoa fraca, assim, fisicamente. E a gente sente assim, que ele é uma pessoa debilitada, né? De vez em quando adoece e fica sem comer e a gente acha que é uma pessoa fraca, né?”* (Jandira - 37 anos)

Tanto é assim que alguns associam saúde à idade cronológica. Nos seus relatos, os “velhos” são considerados “fracos” e, logo, mais vulneráveis às doenças, enquanto que os “novos” são mais “fortes” e, logicamente, mais sadios. O que me leva a inferir que as suas representações acerca da saúde estão vinculadas à idéia de força como um atributo da pouca idade. Verifiquei nas suas falas uma opinião de que o acúmulo de desgastes físicos ao longo dos anos, em decorrência, sobretudo, de trabalhos que exigem grande dispêndio de energia, somado às preocupações advindas dos problemas do dia-a-dia, contribui para a não preservação da saúde. Tal entendimento pode ser ilustrado pelos depoimentos a seguir:

*“[...] eu tenho uma dor. Agora, que eu não sou muito doente, não. Eu acho que é mal de velho mesmo, né? Quando a gente vai ficando velha tudo que não presta chega em cima da gente (risos). [...] quando a gente é novo, sente pouca coisa, né? Eu acho que é porque é mais forte, né? E a gente velho, oxe! Já tá acabado.”* (Mirtes - 44 anos)

*“A pessoa, quando é novo, não tem muita preocupação com nada, né? E tem saúde. É muito difícil uma pessoa nova não ter saúde; quase todo ele tem saúde. Ai, deixa que, quando é novo, se acha hem forte, com muita saúde, ai aquilo acontece que vai prantando, prantando, prantando tudo, pá depois que cair na idade, ai é que vai colher aquilo tudinho, não é? É, depois é que colhe tudinho. [...] eu fui um cara, como diz a história, eu fui muito forçado na roça, desde a idade de dez anos que eu comecei a*

*trabalhar e toda vida eu gostei da roça e fui um dos agricultores mais forte na região que a gente morava” (Ênfase dada pelo informante)*

(Lourival - 60 anos)

Além disso, foi possível observar nas falas de alguns, uma compreensão de que a saúde pode ser mensurável, pois quando indaguei se tinham saúde, as respostas foram esclarecedoras nesse sentido. O Sr. Amaral, por exemplo, com diagnóstico de Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), respondeu:

*“Já tive, hoje tenho menos. Quando me aperta isso é ruim demais”.*

(Amaral - 81 anos)

A mensuração da saúde em “menos” confirma, ao que parece, a preponderância de uma representação construída em oposição ao estado mórbido. A presença de sinais e sintomas clínicos que caracterizam as doenças, bem como da sua intensidade e frequência, são indicadores, certamente, para se estabelecer a dimensão do estado de saúde.

Outros, porém, expressaram um pensamento de que a saúde, uma vez perdida, pode ser recuperada, principalmente, com de intervenções médicas. Dona Rita que se encontrava em um dos hospitais pesquisados, recuperando-se de uma cirurgia de hérnia ingnal, comentou:

*[...] eu era muito sadia. Depois que eu tive esse problema, aí eu sentia muita dor. Eu sentia dor nos meu quarto, sentia nas minhas pernas, me sentia mal, né? Aí, o povo dizia sempre que era pu mode essa hérnia que eu tinha. Aí, vou esperar, né? A saúde. Me opereí, aí não tô sentindo nada, né? Aí vou vê se Deus me ajuda que continue”*

( Rita - 44 anos)

Semelhante pensamento constatei no depoimento de S. Severo que também se encontrava internado em um dos hospitais pesquisados, aguardando com bastante ansiedade uma cirurgia. Quando lhe perguntei o que era necessário para se ter saúde, uma vez que se dizia doente, respondeu:

*É ir pra fora, né? Pa um canto que tem mais saúde, né? Por causa que quando o caba chega lá, aparece de tudo pá o doente. Tem canto que aparece, mas é mais pouco. Esse canto que tem mais saúde é o canto que trata do caba e o caba sai com saúde, porque tem mais remédio, tem condição e ajuda o doente”.* (Severo - 45 anos)

Nestes casos, a saúde é pensada como um “bem” passível de ser perdido e readquirido. Esta concepção, na visão de Rubem A. Alves<sup>54</sup>, decorre de uma ideologia disseminada em nossa sociedade, que considera a saúde como algo que se adquire, que se compra como um produto. Em outras palavras, como uma mercadoria. Para o autor, um complexo de instituições médicas, hospitalares e farmacêuticas existem em função da possibilidade de vender saúde em forma de produto. Por esta razão, acrescenta, se faz necessário definir saúde como um bem que pode ser produzido como serviço ou produto, pois, dessa forma, ele será comprado. Na sua interpretação, isto explica a expansão da medicina curativa e do arsenal farmacológico, em detrimento da medicina social e preventiva.

Segundo Madel Therezinha Luz<sup>55</sup>, a redução do entendimento da saúde à ausência relativa de doença, bem como a programas médicos curativos ou preventivos, no modo de produção capitalista, principalmente, tem sido uma estratégia política de camuflar o problema das condições de existência nele vigente. Para a autora, porém, a saúde se remete às condições globais de vida, ou seja, alimentação adequada, moradia, repouso, etc.

Nos depoimentos de grande parte dos usuários entrevistados, percebe-se essa visão ampliada sobre saúde, posto que apontaram a nutrição adequada, a higiene, o lazer, o trabalho “leve”, o repouso necessário, ausência de preocupações, entre outros, como fatores determinantes para se propiciar a saúde. Predomina, então, um entendimento sobre saúde como um bem simbólico que precisa ser consumido.

<sup>54</sup> ALVES, A. Rubem. *Religião e Enfermidade*. In: MORAES, J. F. Regis (org.) *Construção Social da Enfermidade*. São Paulo: Cortez & Morais, 1978.

<sup>55</sup> LUZ, Madel Therezinha. *As Instituições Médicas no Brasil: instituição e estratégias de hegemonia*. 3ª ed., Rio de Janeiro: Graal, 1986.

*“Pra ter saúde, eu acho que é preciso muita coisa. Precisa limpeza, alimento, se alimentar bem, precisa de muita coisa. Não ter preocupação”.*  
(Amélia - 19 anos)

*“É, pra ter saúde a gente precisa andar limpo, né? Ter cuidado pá não arrumar doença, né? Ter cuidado. Cuidado é não trabalhar em serviço pesado, né? Levar poeira, muito sol quente, tudo isso é ruim, né? É, pra ter saúde é preciso muitos cuidados”.*  
(Mara - 41 anos)

E, nesse entender, acham muitas vezes que a sua condição de “pobre” não lhes assegura o direito de ter saúde. Acreditam que a pobreza é fator principal na dificuldade de mantê-la ou recuperá-la. Se, ao falarem de saúde e doença, dividem o mundo entre “ricos” e “pobres”, entre os que podem preservá-la ou recuperá-la e os que não podem, o que significa ser pobre?

Ser pobre, diferentemente de ser rico, é não poder alimentar-se adequadamente.

*“[...] o pobe não pode se alimentar, né? Toda hora ele não tem dinheiro pá comprar alimentação boa pra se alimentar [...]”*  
(Mara - 41 anos)

É não ter acesso a tratamento médico adequado, de “boa qualidade” e, conseqüentemente, não ter saúde:

*“[...] mas, a gente pobe não tem tratamento de futuro, né? Como é que pode ter saúde, né? A gente sente os problema, aí tem que cuidar logo, né? A gente sente os problema e não cuida logo, aí quando vai cuidar já tá tão passada que as vez acontece de não ter mais jeito, né?”* (risos)  
(Catarina - 60 anos)

É não poder comprar os remédios quando está doente e não ter o repouso necessário:

*“[...] o pobe quando toma o remédio falta uma coisa, falta outra, aí lá vai fazer arte. [...] porque a gente se sente mal, mas não pode comprar o remédio”.*  
(Marluce - 57 anos)

É ter que trabalhar desde a infância e não dispor de tempo para brincar e passear. Em outras palavras, é ser interrompida a expressão lúdica da criança, impondo-lhe esforços físicos desproporcionais à sua idade:

*[...] eu fui criada como pobe, né? Pobezinha. Meu pai bem pobezinho, botou nós tudo na roça, mulé, não andava pá canto nenhum e tudo”*

(Ivone - 47 anos)

É, muitas vezes, ser excluído do mercado de trabalho e não possuir o dinheiro do transporte para ir ao hospital:

*“Porque tem o carro, mas nem todos tem condição, né? Um real pá um pobe, né? Que não trabalha, que não tem serviço, né? Ai, pá dar dois real de ida e vinda toda vez que vem pá o SFSP (hospital), ai não tem condição, né? Tem que vim de pés mesmo.”*

(Marluce - 57 anos)

É estar sujeito a dores e sofrimentos:

*“[...] logo, a mulé do pobre, ela só tem filho na hora que Deus marca, né? Assim, porque a do rico, eles sabe a data certa, né? Antes dela sentir, no dia ele já tira. É, mas a do pobre tem que esperar (risos), pá pagar pelo contado, né?”*

(Laura - 57 anos)

É dever contar com a sorte, por não ter assegurado os seus direitos como cidadão:

*“[...] sempre gente pobe já é pesado mesmo. Às vez a gente passa duas hora, às vez levando chuva, pá alcançar um transporte. Porque às vez não tem carro na linha certa, aí às vez o caba tem que ficar sofrendo mesmo. Por sorte que, quando alcança um que vem mais cedo, ai é sorte do paciente, né?”*

(Lucrecio - 50 anos)

A pobreza, para Maria Carmelita Yasbek, é “ *expressão direta das relações sociais vigentes na sociedade e certamente não se reduz às privações materiais. Alcança o plano espiritual, moral e político dos indivíduos submetidos aos problemas da sobrevivência.*”<sup>56</sup> A violência da pobreza, para a referida autora, constitui parte da experiência cotidiana na sociedade brasileira contemporânea, em que os impactos destrutivos do sistema paulatinamente vão imprimindo marcas exteriores sobre a população empobrecida, como o desemprego, a debilidade da saúde, a fadiga, a moradia precária e insalubre, alimentação insuficiente, enfim, sinais que expressam as limitações das condições de vida dos “excluídos” e “subalternizados” da sociedade. Sinais estes que demonstram quanto a sociedade tolera a pobreza, sem que, no entanto, intervenha diretamente para reduzi-la ou erradicá-la.

Posso ressaltar que, no conjunto dos usuários entrevistados, prevalece uma representação sobre a saúde relacionada à idéia de “normalidade” (oposição às doenças), de força para o trabalho e, acima de tudo, maior tesouro recebido de Deus (“tenho saúde graças a Deus”), o que todos temem perder e quando perdem não medem esforços para recuperá-lo. Embora apontem as condições objetivas de vida, a interação do corpo com o meio físico e social onde vivem, como determinantes para o estado de saúde, acabam sempre atribuindo à vontade de Deus.

Já a doença, que, no geral, é descrita como um estado de fraqueza e dores, é apreendida como um rompimento em relação ao estado tido como normal, ou seja, é percebida por oposição à saúde, quando “[...] *tem-se a consciência do corpo pela sensação dos limites, das ameaças, dos obstáculos à saúde.*”<sup>57</sup> quando o corpo dá o “grito de alerta”. Por exemplo, a impossibilidade de trabalhar e alimentar-se. Assim, alguns verbalizaram:

*“[...] eu sinto muita dor no corpo, sinto fraqueza, é isso.”*  
(Catarina - 60 anos)

*“Ele (esposo), trabalha de roça. Quando pode, fia, que só vive doente, né?”*  
(Mara - 41 anos)

<sup>56</sup> YASBEK, Maria Carmelita. *Classes Subalternas e Assistência Social*. São Paulo: Cortez, 1993, p. 62-63

<sup>57</sup> - CANGUILHEM, Georges. . Op. cit. (nota 50), p. 67

*“Eu tava boinha, eu tava até jantando nessa hora. Ai, senti, assim, como que queria encoiê toda junta minha. Ai, eu larguei o prato pra lá e cacei uma rede, vomitei, aí fiquei sem fala e pronto”* (Leila - 30 anos)

Viver a experiência da doença, para esses usuários, significa interromper o curso normal da vida. Estabelecer um corte no tempo entre um passado com saúde e um presente com doença. Além de sentirem-se doentes em relação a si mesmo e aos outros. Trata-se, na verdade, de um entendimento que se baseia na idéia de ruptura e de anormalidade. A este respeito, vale trazer a cenário, mais uma vez, o depoimento de D. Maria, que, para explicar o seu adoecimento, utilizou-se dos seguintes argumentos:

*“Ah! antes eu tinha uma saúde de ferro, eu não sentia nada. Foi na minha primeira gravidez. Eu não sentia nada, eu pulava quatro noites de carnaval, eu não perdia uma festa (risos). Depois que eu tive o meu primeiro minino foi que descobriram essa doença toda em mim”.*  
(Maria - 43 anos)

Diante dessa constatação, pode-se afirmar, então, que:

*“O próprio da doença é vir interromper o curso de algo, é ser verdadeiramente crítica. Mesmo quando a doença torna-se crônica, depois de ter sido crítica, há sempre um “passado” do qual o paciente ou aqueles que o cercam guardam certa nostalgia. Portanto, a pessoa é doente não apenas em relação aos outros, mas em relação a si mesma.”<sup>58</sup>*

Para o conjunto dos usuários entrevistados, os desgastes físicos provocados pelo excesso de trabalho, somados às carências alimentares, foram ressaltados como fatores responsáveis para a perda da força, característica da saúde, bem como para o estabelecimento de um estado de fraqueza, indicador da doença. Dai ter sido a experiência da pobreza pontuada tanto para impossibilitar a manutenção do estado de saúde, quanto para propiciar o adoecimento do corpo.

<sup>58</sup> CANGUILHEM. Georges. Op. cit. p. 107-108

Detectei nos seus relatos que o pobre, por trabalhar excessivamente, não ter repouso suficiente e não alimentar-se adequadamente para, assim, repor a energia gasta no trabalho, torna-se mais vulnerável às doenças. Assim, D. Mara relatou:

*“Às vezes, a pessoa é tão sadia e depois arruma doença. Eu mesma não sou muito sadia. Eu trabalho muito e, principalmente esse ano, eu trabalhei muito. Eu sinto, sinto uma fraqueza, mas fraqueza é porque quem é pobre não se alimenta bem, né? Ai fica trabalhando muito e termina doente. Porque o pobre não pode se alimentar, né? Toda hora ele não tem dinheiro pá comprar alimentação boa pá se alimentar e, trabalhando muito, fica cansado, fica fraco e dá fraqueza já começa as doenças, né? Eu trabalho, eu trabalho na roça, só trabalho na roça. Esse ano eu trabalhei muito, por causa que ele (esposo) não podia trabalhar. Ai, eu tive que trabalhar mesmo sem poder, que eu também não sou sadia. Ele não pode trabalhar de jeito nenhum. Acredita como ele não pode trabalhar? E como é que uma pessoa dessa pode viver, né?”* (Mara - 41 anos)

Constata-se, assim, uma clara vinculação entre a doença e a pobreza. E, por conseguinte, a negação do direito à saúde e até à vida. Adoecer, nesse sistema de representação, “[...] é conseqüentemente, deixar de produzir e, portanto de ser [...], de viver”.<sup>59</sup>

Outros, porém, demonstraram uma compreensão de que algumas doenças podem ser originadas diretamente de preocupações decorrentes dos problemas vividos no dia-a-dia. Como diriam os médicos, de causas psicossomáticas. Tal foi o caso de D. Laura que participa do programa de Hipertensão Arterial na Unidade Mista Deputado José Pereira Lima:

*[...] às vez eu penso, assim, que muitos problemas que eu tive no tempo de nova, outros problemas que eu passei, se eu não tivesse passado, talvez hoje eu não fosse a pessoa que sou. Talvez eu fosse sadia. Assim, porque se a gente tiver uma vida bem despreocupada, bem tranqüila ... mas, ninguém pode viver também desse jeito, né? (risos). Eu acho que eu não tinha o problema que eu tenho hoje . ... porque, se eu não me preocupo com o marido, se eu não me preocupo com os filhos, se eu não ... eu tô em paz, então, o que é que vai me atingir? Nada.”* (Laura - 56 anos)

<sup>59</sup> PITTA, Ana. 1990. Apud: RIBEIRO, Herval Pina. Op. Cit. (nota 27), p. 51.

Neste caso, então, saúde está relacionada à “despreocupação”, “tranquilidade”, enquanto que a doença está associada à “preocupação”, “problemas”. Isto sugere uma incorporação dos conhecimentos médicos, que levam à construção da noção de “Stress Psicológico”<sup>60</sup>, postulada como fator de risco das doenças cardiovasculares, tais como: Hipertensão Arterial, Sistêmica, Angina do peito, entre outras.

Segundo Serge Moscovici, cada “[...] *individuo comum* [...] *aprende à sua maneira a manipular os conhecimentos científicos fora de seu âmbito próprio, impregna-se do conteúdo e do estilo do pensamento que eles representam*”<sup>61</sup>, tornando-se, no caso da medicina, seus próprios médicos, equipados com sua *ciência médica*.

O autor chama a atenção para o fato de que “*uma representação é sempre uma representação de alguém, tanto quanto de alguma coisa*”.<sup>62</sup> Para ele, os conhecimentos científicos, ao serem incorporados pelo senso comum, passam por um processo de reelaboração, segundo as conveniências dos indivíduos e de acordo com os seus meios, originando, pois, um novo conhecimento adaptado a outras necessidades, guiados por outros critérios, em um contexto social determinado.

Fenômeno semelhante foi possível desvendar nas falas de alguns usuários, quando explicaram a doença como algo que “planta-se” no corpo, ou seja, que vem de fora, das influências externas (virus, bactérias, micróbios, etc). E, para arrancá-la, extirpá-la, faz-se necessária uma intervenção terapêutica.

Verifiquei, por exemplo, o uso de determinadas expressões, tais como: “*arrancar a febre*”, “*tirar a febre*”, que, possivelmente, traduzem uma incorporação das teorias sobre doenças infecciosas e parasitárias<sup>63</sup>. São bastante elucidativos os trechos de uma entrevista realizada no ambulatório de um dos hospitais pesquisados, com um usuário que acompanhava um neto de aproximadamente 5 anos de idade, para uma consulta médica:

---

<sup>60</sup> Sobre Stress psicológico, consultar AZEVEDO, Arthur de Carvalho. *Cardiologia Clínica*. São Paulo: Sarvier, 1994, p. 70-74

<sup>61</sup> MOSCOVICI. Serge. Op. Cit. (nota 8), p. 22

<sup>62</sup> idem., ibidem. p. 27

<sup>63</sup> A respeito de tais teorias, consultar VERONESI, Ricardo. [et all]. *Doenças Infecciosas e Parasitárias*. 6ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A., 1976

*[...] sábado, ele (neto) tava com uma febre medonha e a menina (enfermeira) butou o aparei (termômetro) nele, saiu a febre e ainda tá desse jeito. Quando dá essa quintura nele, dá febre nele, ele fica desse jeito, tossindo, vomitando, fartação de ar. O bichinho ficou aperriado”.*

(João - 64 anos)

E, quando indaguei se a criança estava usando algum medicamento, ele respondeu:

*“Xarope, né? Pá febre só, pá arrancar a febre, só isso mesmo”*

Uma usuária que se encontrava presente no momento dessa entrevista, completou:

*“Tem febre que tira em casa com remédio, mas tem delas que não tira não, só com injeção mesmo”*

(Magda - 46 anos)

As variações climáticas<sup>64</sup>, como a chuva, o frio e o calor, por exemplo, foram apontadas como responsáveis pelo surgimento de certas doenças (gripes, tosse, etc). Isto demonstra a percepção de que o corpo mantém íntima relação com o meio físico e social onde vive e, logo, a sua susceptibilidade para receptor agentes causadores de doenças. Por esta razão, acredito, a alimentação adequada e a higiene foram tão evidenciadas como fatores preponderantes para preservar a saúde, bem como evitar a doença. Assim, alguns observaram:

*“Agora, lá, tá dando muita gripe mesmo, tosse. Esse tempo de chuva, né?”*

(Mara - 41 anos)

*“[...] tem época que é até mais sadia, outras época ... . Agora mesmo é um doenceiro medonho no povo. Agora, nesse final de inverno, todo mundo é se queixando de gripe, é de uma febre, é de uma tosse, é dor de cabeça e por*

<sup>64</sup> O Município de Princesa Isabel, conforme dados obtidos na Enciclopédia dos Municípios Brasileiros – Paraíba (IBGE). 1960, possui “clima temperado, quente e seco durante o verão, tornando-se, porém, agradável no inverno, a temperatura oscila de 15 a 32° C, a sombra, graças a sua situação privilegiada em pleno Chapadão da Borborema”.

*ai continua, né? Quase que todo mundo agora tá se queixando de doença, não tem quase ninguém sadio”.*  
(Lourival - 60 anos)

Vários são os que distinguem duas categorias principais de doenças: “as doenças do corpo” e as “doenças do espírito” ou as “doenças materiais” e as “doenças espirituais”.

*“[...] porque a doença é no corpo, né? Mas o espírito sofre também, né? E muitas vezes a gente fica muito decaída e muitas vezes a gente pensa que é uma doença corporal e no entanto não é corporal, é espiritual, né? Ai, justamente, a gente vai lá (Centro Espírita) e recebe muita força. É, porque ali é um ambiente que é circulado de bons fluidos, né?”*

(Valquíria - 29 anos)

Logo, para D. Valquíria, adepta do Espiritismo, a matéria doente contribui para o adoecimento do corpo e vice-versa. Neste particular, pensa-se o corpo como uma totalidade constituída por uma dimensão material e por uma dimensão espiritual - corpo e alma, matéria e espírito -, as quais são interdependentes e complementares.

Segundo Maria Andréa Loyola<sup>65</sup>, a distinção entre corpo e alma, espírito e matéria, típica do pensamento religioso das sociedades ocidentais, permite a diferenciação entre doença do espírito e doença da matéria.

A doença espiritual, no geral, é definida como aquela de origem “misteriosa” e que escapa à investigação prática. Ou, mais precisamente, aquela decorrente de forças sobrenaturais. A senhora Jandira, adepta da Igreja Congregação Cristã do Brasil, que se considera portadora de uma doença espiritual, assim discorreu:

*“[...] eu sei que eu tive, assim, um dia eu tive, assim, uma mágoa, num sabe? E sei que daí ... foi numa sexta - feira, quando foi na segunda-feira em adoeci. Ai, pronto, eu sei que desse dia pra cá ... Vem assim (Falou bastante emocionada e chorou). Não sei não, porque tem hora que eu tô boinha, assim, é mais um negócio que tem um mistério, né?”<sup>66</sup>. Tem dia que*

<sup>65</sup> LOYOLA, Maria Andréa. (coord). *Medicina Popular ou Sistema Paralelo de Saúde*. (Projeto de Pesquisa). Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social. UFRJ, [1977 ?], (mimeo).

<sup>66</sup> Grifo de minha responsabilidade.

*eu tô sentindo mil e uma coisa e outra hora em tô para cuidar em tudo, faço todas as lutas e não sinto nada. Outra hora eu tô assim sentada, aí dá aquele choque [...]* (Jandira - 37 anos)

Mas, somente após vários insucessos na tentativa em busca da cura, através de tratamentos médicos, as doenças espirituais são, geralmente explicadas posteriormente como as doenças não materiais:

*“[...] tem doenças que os médicos cura e tem outras que ... [...] então, quer dizer, eu acho assim, quer dizer, se essa minha enfermidade não é pá os médicos curar, certamente é pá o nome de Deus ser glorificado, né? Porque, se Deus me curar, eu vou glorificar o nome dele, né [...] porque eu acho que um ... assim, uma doença que a gente hoje tá doente, hoje mesmo toma o remédio, amanhã tá bom, quer dizer que ali não é realmente uma provação, né? Mas, uma coisa que a gente fica pelejando, pelejando, com os médicos, vai pá um canto, vai pá outro e não consegue melhora alguma, deve ser uma prova de Deus, provando nossa fé, né? ( Jandira - 37 anos )*

Assim, pode-se dizer, tal como faz Maria Andrea Loyola<sup>67</sup>, em relação a outro contexto, que, no conjunto dos usuários, as representações são alicerçadas em um raciocínio do tipo analógico, e não mediante princípios que envolvem as noções de causa e efeito, uma vez que operam com pares de oposições simples, com os quais paulatinamente vão recortando e reconstruindo a realidade pela inclusão e exclusão dos elementos em questão. Tanto que o corpo se opõe à alma, a doença material à doença espiritual. Categorias que ocultam outras “mais simples” ou “universais”, como as referentes ao tempo (cura rápida e lenta) ou ao espaço (interno ou externo, superior e inferior).

A esse respeito, Luc Boltanski, lançando mão das idéias de Émile Durkheim e Marcel Mauss adverte para o fato de que

*“as categorias utilizadas pelos membros das classes populares, para reinterpretar o discurso do médico são em geral categorias que*

---

<sup>67</sup> LOYOLA, Maria Andréa. Op. Cit. (nota 36)

*'correspondem às propriedades mais universais das coisas' e que são quase sempre inseparáveis do funcionamento normal do espírito*"<sup>68</sup>.

Essas categorias, na leitura de Luc Boltanski, estão presentes implicitamente na linguagem e geralmente existem sob a forma de hábitos diretores da consciência, tratando-se na maioria dos casos, ou de categorias espaciais ou de categorias de substâncias.

De acordo com as crenças religiosas de alguns usuários, também pude verificar que as doenças espirituais são atribuídas a fatores distintos, tais como, castigo ou provação de Deus, espírito encostado, entre outros. Duas usuárias - mãe e filha - adeptas do protestantismo, mais precisamente da Igreja Congregação Cristã do Brasil, mencionaram:

Mãe = *"[...] porque às vez acontece, eu tô, vamos supor, eu tô doente, eu tô me sentindo mal, aquela doença às vezes não é material, é espiritual. As vez eu tô fraca na fé, as vez eu tô fazendo coisa que Deus não tá se agradando e, então, aquela enfermidade vem pá mode o nome de Deus ser glorificado. Que a doença material é uma e a doença espiritual é outra."*

(Laura - 56 anos)

Filha = *"É uma provação. Assim, tem delas que é uma provação, né?"*

(Jandira - 37 anos)

Para elas, embora Deus não seja a causa das doenças, Ele pode provocá-las. Para testar-lhes a fé, para puni-las pelos pecados cometidos ou para que o Seu nome seja glorificado. Dai, segue-se que a doença passa a ser sentida e pensada como provação ou castigo, em suma, uma expiação.

Enquanto que D. Maria, adepta do Espiritismo, que atribui o seu adoecimento a um espírito "encostado", discorreu:

*"[...] porque minha doença só agravou muito o coração, porque diz que foi uma coisa que butaro perto de mim. Eu não morri porque meu guia era muito forte. Era não, é".*

(Maria - 43 anos)

---

<sup>68</sup> BOLTANSKI, Luc. Op. cit. (nota 28), p. 78

O entendimento de que as forças sobrenaturais, ao atingirem o espírito, poderão macular o corpo na sua totalidade, permite que essas usuárias pensem a doença como sendo uma desordem, uma perturbação, uma sujeira, consequência da impureza que nele se instaurou.

Segundo Delma Pessanha Neves<sup>69</sup>, embora os indivíduos que se guiam por uma concepção religiosa percebam a doença como fruto de ações maléficas que recaem sobre o corpo ou sobre o comportamento social, ao mesmo tempo eles sempre têm como explicação uma causa espiritual para qualquer uma delas, ou seja, doença material ou doença espiritual. Para a autora, esta é a razão pela qual nos sistemas de crenças ocidentais e cristãos a doença está associada ao pecado e à resignação e resulta em avaliação e reafirmação da fé nos poderes sobrenaturalizados.

Para Maria Andréa Loyola<sup>70</sup>, se a crença religiosa tende a guiar a classificação da doença espiritual conforme a sua origem, ela não é suficiente para excluir as definições instituídas por outras crenças concorrentes, outros conhecimentos profanos ou simples conjecturas do senso comum.

De fato, foi possível notar, que alguns usuários classificam as doenças espirituais também em função dos sintomas e não com referência às causas, já que estas podem ter origens incertas. É o caso de D. Jandira que descreveu a doença espiritual como aquela que provoca “tremores”, dá “gelo”, “desmaios”, etc. E, até certo ponto, designando doenças de origem psicológica ou nervosa:

*“Assim, eu tava sem sentir nada, num sabe? Sem sentir o problema que deu nesse momento. Ai, quando foi com pouco, ai eu senti, assim, aquelas pancadas. Ai, foi ficando assim, que nem foi querendo tomar meu corpo. Ai, eu me levantei e ficou assim, que nem queria me dar agonia, que nem eu fosse dirmaiar, num sabe? [...] era como que eu tava toda me tremendo e aqui com pouco dava um gelo, assim, começava um gelo, assim, e subia, saía subindo, querendo me tomar. Sei lá, era uma coisa feia e ruim, porque é ruim (risos). Vou dizer uma coisa, problema de neivo não é brincadeira não, é horrível”.*  
(Jandira - 37 anos)

---

<sup>69</sup> NEVES, Delma Pessanha. *As “Curas Milagrosas” e a Idealização da Ordem Social*. Niterói: UFF, 1984.

<sup>70</sup> LOYOLA, Maria Andréa Loyola. Op. cit. (nota 36) p. 164 .

As doenças espirituais são também consideradas como as doenças que, além de os médicos desconhecerem, são incapazes de curá-las. Assim, D. Laura, que se considerava curada de uma doença espiritual, relatou:

*“É uma que nem essa, eu podia ir pá o médico dez vez, que ele não ia me curar. Ele não entende isso não. A doença que Deus põe a mão, o homem não, porque se o homem por a mão lá, Deus tira a dele”* (risos)

(Laura - 56 anos)

Pode-se dizer, portanto, que, nesse sistema de representações, os limites entre as categorias utilizadas para classificar as doenças (material ou espiritual), não são tão consistentes, de modo que a doença pode passar de uma categoria para outra, dependendo do tempo que se leva para curar e, sobretudo, do tipo de tratamento realizado. O relato a seguir é bastante sugestivo nesse sentido:

*“A material, vamos supor, é que nem eu tô assim, cheia de dor (risos), né? Dor nos ossos, na coluna ... . E pode ser espiritual também, eu não sei. Deus sabe, né? Porque vai depender dos meus feitos, eu não sei. Porque a doença espiritual, às vez acontece, que nem, óia, o meu joelho era dessa grossura. Eu chegava na Igreja, eu tinha vontade de pedir ao cooperador pá eu não me ajoelhar, porque eu não agüentava, era. E um dia, pá honra e glória de Deus, por um testemunho, Deus me curou do meu joelho”.*

(Laura - 56 anos)

Da mesma forma que as doenças espirituais, as doenças materiais são deduzidas, de um modo geral, a partir do tempo que se leva para curá-las:

*“[...] uma doença que a gente hoje tá doente, hoje mesmo toma o remédio, amanhã tá boa, quer dizer que ali não é realmente uma provação, né? [...]”*

(Jandira - 37 anos)

As doenças materiais são classificadas a partir dos pares de oposição “graves”/“leves”, “fáceis”/“difíceis”, “maneiras”/“pesadas”, “grandes/pequenas”, “fortes”/fracas”, conforme a intensidade do mal físico e dos riscos que oferecem para as suas vidas. Assim, uma usuária relatou:

*“Doencinha mais maneira ... que, curando em casa, é mais maneira, né?  
[...] uma doencinha mais fácil, mais maneira, o caba cura em casa”.*

(Magda - 46 anos)

Todavia, as doenças consideradas “leves”, “maneiras”, “fracas”, etc., podem se tornar “graves”, “pesadas”, “fortes”, etc., caso não cedam com os tratamentos familiares, geralmente utilizados nesses casos, ou seja, com chás, xaropada ou remédios da indústria farmacêutica que quase sempre costumam ter em casa (AAS, Anador, Dipirona, etc).

*“Tem febre que tira em casa com remédio, mas tem delas forte que não tira, não, só com injeção mesmo”.*

(Magda - 46 anos)

Nesse sistema classificatório, as doenças, além de serem agrupadas nas categorias material e espiritual, são também qualificadas em doenças da competência dos médicos e em doenças da competência dos rezadores. É tanto que, além das doenças espirituais, como por exemplo, o “mau-olhado”, a “dor de intruzitado”, a “dor de peitos abertos” e a “espinhela caída”, cujos sintomas e tratamentos, ao que tudo indica, encontram respaldo na tradição, foram enunciadas como as doenças que somente os rezadores conhecem e, por conseguinte, são os únicos capazes de curá-las. O que pode ser observado nos seguintes trechos retirados das entrevistas com duas usuárias:

*“Eu já fui umas duas ou três vez pá ela rezar de dor de peitos abertos. É uma dor nas costas, que dói nas costas. Você não consegue se abaixar com aquela dor nas costas [...] Ai, elas vão e reza, aí amiora. Eu fui porque eu sabia que não existia remédio pra isso. Ela reza de oiado, reza de dor de cabeça, de espinhela caída, de dor de peitos abertos, de dor de intruzitado [...] Essa dor de intruzitado eu acho que deve ser uma dor na*

*garganta. Mas, elas reza ... . Eu acho que tem de duas, tem dessa da garganta, porque tem uma que reza, eu não sei se é com galho que reza, eu sei que tem uma que elas não reza. Uma mulé inguiça, uma mulé buchuda inguiça, ou pisa, aí amiora”.* ( Amélia - 19 anos)

*“A vó do meu esposo ela reza pá oiado. Ela rezou no meu menino, ela é velhinha”.* (Isabel - 24 anos)

Quando indaguei a respeito dos sintomas do mau-olhado, elas responderam:

*“Quando não quer comer, aí o povo diz que é oiado (risos). Quando ... tem vez até quando a criança não tá conseguindo dormir, aí as pessoas mais velhas diz: tá com oiado. Às vez eu nem acredito nisso (risos). Às vez quando tá vomitando, manhoso, abrindo a boca”. (risos) (Isabel - 24 anos)*

*“Eles fica preguiçoso, abrindo a boca direto, dormindo direto. Se for muito forte, assim, que as pessoas bota e demora a mandar rezar, eles fica até vomitando. E se passar pá o intestino, aí ela não resiste”.* (Amélia - 19 anos)

Já as doenças que apresentam perturbações orgânicas com sinais e sintomas considerados graves, até certo ponto inusitados, que não cedem com os tratamentos familiares utilizados, são apreendidas como as doenças que necessitam de uma intervenção médica:

*“Sendo uma gripe que não seja complicada, que nem esse menino mesmo, eu canso de fazer remédio e não serve, só serve quando eu trago ele pá o hospital”.* (Mara - 41 anos)

Retomando as idéias de Luc Boltanski<sup>71</sup>, para quem “os membros das classes populares” percebem a doença, a partir da apreensão e do uso funcional que fazem do corpo, ou seja, quando já não mais estão em condições de utilizá-lo, é que Maria Andréa Loyola<sup>72</sup> ressalta

<sup>71</sup> BOLTANSKI, Luc. Op. cit. (nota 28 )

<sup>72</sup> LOYOLA, Maria Andrea. Op. cit. (nota 36)

que também é, a partir da maneira que o percebem e o visualizam, que as sensações mórbidas são descritas e as doenças imaginadas. Para falarem do corpo é preciso que haja uma dor, um sintoma, um grito.

Com efeito, a idéia que os usuários entrevistados demonstraram possuir sobre a localização dos órgãos e a presença de dores nesses locais, indica a maneira como apreendem e diagnosticam várias doenças. Por exemplo, uma “dor no peito” está associada a problemas cardíacos, na “barriga” ao mau funcionamento do estômago, do intestino ou do fígado. Assim, o Sr. Amaral que se encontrava internado em um dos hospitais pesquisados, com diagnóstico clínico laboratorial de Insuficiência Cardíaca Congestiva (I.C.C.), que, em determinados casos, apresenta sintomas que são confundidos com problemas gastro-intestinais, comentou:

*“[...] na minha opinião, vem no meu pensamento que esse negócio meu é crise de fígado. E também essa pancada em riba do rim. É onde primeiro começa queimando, começa queimando e termina doendo, né? Ai, ela vem pá debaixo do peito, quando vem pá debaixo do peito, vige! Como é ruim. Ai, com pouco fica aquilo crescendo, crescendo ... cadê o fôlego? Se não aparecer um cachete, uma coisa que atai ... ( Amaral - 81 anos )*

E D. Laura, que participa do Programa de Hipertensão arterial na Unidade Mista Deputado José Pereira Lima, relatou:

*“[...] eu já tenho perguntado, assim, bastante vez pra o médico, se esse problema de pressão alta, se não provém de problema de coração. E ele sempre diz que não. Eu, pra mim, ele atinge um pouquinho, pode até ser que não seja, que eu também não entendo, né? Mas eu fico pensando que sim. Uma vez eu tirei um eletro em São Paulo, já tirei eletro em Serra Talhada, não acusa que eu tenho problema de coração, só que eu num ... Só que eu não confio que não. Não acredito, não, porque eu sinto algum algo que eu sei que não é coisa tão boa.. Porque eu sinto dor nesse braço (mostrou o braço esquerdo), por sinal, isso aqui (mostrou o lado esquerdo do tórax), assim, tá vendo a altura? Eu sinto dor em riba do peito [...]” ( Isaura - 56 anos)*

Entre esses usuários entrevistados, de um modo geral, o corpo, além de ser visto como uma totalidade - corpo e alma - é descrito como sendo formado por partes, como seja: a

“parte de cima”, a “parte de baixo”, a “parte de trás”, a “parte da frente”, a “parte de dentro” e a “parte de fora”:

*“Mas a dor que eu sinto é que nem uma dor de cólica. É aqui na frente e aqui atrás [...]”*  
(Amélia - 19 anos)

E, nessas partes, estão distribuídos os órgãos que, dependendo da sua função, são associados a papéis e atribuições existentes na sociedade. Assim, o útero, por ser o órgão responsável pela geração da vida, é considerado “a dona do corpo” e, portanto, merecedor de maiores cuidados e respeito. Isto demonstra, ao que me parece, que o útero está associado à figura da mãe. O que pode ser observado no depoimento de D. Leila que, se encontrava internada em um dos hospitais pesquisados, recuperando-se de uma cirurgia de perineoplastia e ligação de trompas:

*“Quando eu tava grávida, mim sabe? Eu já tive 4 filhos, mas dos 3 eu nunca senti nada. Ai, dessa derradeira ... ai, eu peguei um peso, mim sabe? eu tirei uma planta de dentro de casa pá passar o pano, ai eu acho que eu peguei de mal jeito, ai ... já viu falar na dona do corpo? Na dona do corpo da gente? Eu acho que deve ser o útero, né? Ai, desceu. Ai, eu vim pá o médico, ai ele disse que eu não podia ter o parto normal, porque podia na hora da força da criança, sair. Mas eu tive a criança normal”*  
(Leila - 30 anos)

Alguns deles demonstraram constrangimento ao se referirem à parte inferior (“parte de baixo”) do corpo e, principalmente, a tudo que é eliminado pelos órgãos localizados nessa parte (menstruação, urina, gases). Nos seus relatos, utilizavam-se de expressões que os ajudavam a discorrer sobre tais, o tom de voz era diminuído, silenciavam e, até mesmo, desculpavam-se antes de mencioná-los:

*“Sobre a saúde do meu esposo, ele foi muito sadio. Mas, tá com uns 5 anos mais ou menos que ele ... deu uma crise nele ... de ... de privar a urina (Falou baixo), num sabe? [...]”* (Laura - 56 anos)

*“[...] porque parece ... quando essa dor pega assim, aí ela parece que priva o intestino que eu ... com licença de sua presença que eu tenho de dizer, né? Não solto vento, nada, nada, nada”.* (Amaral - 81 anos)

*“Eu já me internei. Meu internamento foi passar esse medicamento (Mostrou o medicamento) e passei cinco dia tomando esse medicamento. Aí, ele (médico) fez ... também me deu ... assim ... todo mês muito, num sabe? (Falou baixo). Aí, o médico passou pá eu fazer celestomia, que eu tinha ioma.* (Ivone - 47 anos)

Entretanto, ao se referirem à parte superior (“parte de cima”) e a tudo que é eliminado pelos órgãos que estão localizados nessa parte (saliva, vômito, lágrima, leite, etc), discorriam com bastante espontaneidade:

*“Eu tava boinha, eu tava até jantando nessa hora, aí senti, assim, como que queria encoier toda junta minha. Aí, eu larguei o prato pra lá e cacei uma rede, vomitei, aí fiquei sem fala e pronto [...]”* (Leila - 30 anos)

*“[...] o menino mais velho, de 14 anos, quando ele era criança, aí ele tava gritando, assim, que ele ficou revirando os oio e a boca escumando, aquele escumeiro e batendo, batendo, assim, no chão [...]”* (Ivone - 47 anos)

Dessa forma, pode-se dizer que as partes do corpo são diferentemente apreendidas e valorizadas. A parte superior (“de cima”), ao que tudo indica, é considerada “limpa”, “pura” e, logo, deve ser evidenciada. Enquanto que a parte inferior (“de baixo”) é considerada “suja”, “impura” e deve ser silenciada.

De um modo geral, os órgãos que compõem o sistema digestivo são pensados, sempre, relacionados à nutrição e ao trabalho. O estômago, que recebe e tritura os alimentos, é apreendido como “tendo boca”. O intestino, que decompõe os alimentos, filtrando-os e em seguida eliminando o dispensável para o funcionamento do corpo, em caso de apresentar alterações nesta função, é rotulado de “preguiçoso” e, portanto, doente:

*“Rapaz, eu tava trabaçando ali no Jatobá, trabaçando na roça, sabe? Eu tava fazendo uma ceica. Ai, me deram outro lote lá pá eu trabaçá. Ai, quando eu saí do lote e passei pá o outro, eu já passei sentindo, num sabe? Eu digo: Maria, eu tô sentindo um negoço aqui na boca do estambo [...]”*

Severo - 45 anos)

*“Mãe não é sadia. O problema dela é no intestino. Ela é ... o intestino dela ... o médico falou que o intestino dela é preguiçoso, não funciona direito, né?”*

(Mara - 41 anos)

Percebe-se, ainda, o corpo como tendo uma temperatura ideal. Por isto, de imediato, avalia-se qualquer alteração nessa temperatura como doença, exigindo tratamento rápido, ou seja, o reestabelecimento da temperatura adequada do corpo:

*“[...] quando os meninos adoecem de quintura (febre), aí eu fico doída, aí eu tenho que carregar eles pá o médico aqui”*

(Leila - 30 anos)

A conversa entre dois usuários, no ambulatório da Unidade Mista Deputado José Pereira Lima também traduz tal preocupação:

*“Ele (neto) tava com febre, febre e tosse. Não dorme de noite esse menino não”.*

(João - 64 anos)

Colocando a mão sobre a cabeça da criança, a companheira de conversa diagnosticou:

*“Mas, ele tá com febre, né? Óia como já tá esquentando”*

(Magda - 46 anos)

Em termos gerais, no conjunto dos usuários entrevistados, as representações sobre saúde e doença se organizam em torno da idéia de força. A saúde, definida, principalmente, pela disposição para a vida em geral e, em particular para o trabalho, é apreendida pelo equilíbrio, pela regularidade e pela harmonia do corpo. Enquanto isso, a doença, descrita como um estado de dor e de fraqueza, é percebida como um desequilíbrio, uma desarmonia, uma irregularidade. Em outras palavras, como uma ruptura em relação ao estado normal.

Essas representações estão intimamente relacionadas com a maneira pela qual o corpo é pensado, visualizado e utilizado. Pensado como uma dualidade complementar - corpo e alma -, visualizado como um organismo fracionado em partes, nas quais estão localizados os órgãos, e utilizado como um instrumento que lhe fornece os meios de subsistência.

Ao buscarem explicações para o fenômeno saúde-doença, rasgam o mundo em pedaços. Pedaços constituídos de “ricos”, uns, outros de “pobres”, de “velhos”, outros de “novos”, de “fracos”, outros de “fortes”, de “sadios” e outros de “doentes”. Em suma, classificam coisas e pessoas, a partir da oposição por contraste e, portanto, estabelecem relações significativas e edificam um saber, apontando os determinantes do seu viver, adoecer e morrer.

## **2 - Os Agentes Intermediários de Cura do Mundo Espiritual**

Os identificados, aqui, como *“agentes intermediários de cura do mundo espiritual”* são todos aqueles citados pelos usuários como os únicos capazes de curarem as doenças consideradas espirituais. Alguns deles foram denominados como *“rezadores”*, e outra, porém, como *“dona do Centro Espirita”*. Entretanto, quando os entrevistei pude observar que um deles se define como *“rezador”*, *“curador”* e *“advinho”*; outro como *“rezador”* e *“parteiro”*; duas outras como *“rezadeiras”* e *“a dona do Centro Espirita”* como *“mãe de santo”* e *“madrinha”*.

Embora alguns desses rezadores<sup>73</sup> desempenhem também outros papéis (advinho, parteiro), todos eles têm em comum, além da faixa etária (a partir de 50 anos), a origem rural e a pouca ou nenhuma escolaridade. Apesar de serem filhos de rezadores ou terem parentes próximos que no passado exerciam essa prática, definem-se, principalmente, pelo fato de possuírem um “dom” de origem sobrenatural e de deterem poderes que se manifestaram em determinadas circunstâncias. Alguns se tornaram rezadores após os seguintes acontecimentos:

*“É que eu tenho um dom de nascença, desde 7 anos de idade, num sabe? Com 7 anos de idade eu tive um sonho com Padre Cícero e Frei Damião, num sabe? Ai, desceu numa nuvem eles dois, acima da minha cabeça dois palmos. Ai ensinou a reza toda, tratar das pessoa, num sabe? Cada tipo de doença eles me ensinou um remédio, um medicamento. Se for pá tratar com erva do mato eu trato com erva do mato. Se for pá reza é só reza e se for pá farmácia é só pá farmácia, num sabe? A primeira pessoa que rezei foi minha mãe. Ela tava com dor de cabeça, ai eu rezando nela e ela: ‘tu sabe de nada moleca, tu inventando de rezar sem saber (...)’. Até hoje, Deus levou ela e ela nunca soube do meu sonho. Quando foi com meia hora ela tava boinha da cabeça. Pois a reza da moleca não serviu!? Foi, ela ficou achando graça depois e falando pás pessoas. Até hoje eu vivo assim, Deus me deu esse dom mas, a gente sofre também, o corpo da gente fica doido se eu parar de rezar, eu só fico bem quando eu rezo.” (Ualdina - 50 anos)*

*“[...] chorei na barriga de minha mãe e com 07 anos de idade ela me mostrou a camisa, que é aquilo que a gente faz com a pessoa que chora na barriga, que é um dom que a gente tem logo ao nascer. Ela pensava que eu nasci pá ler mão, comprou vários livros de ler mão. Mas, os livro de ler mão, eu fui aos pade, quando eu vi aumentar esse dom em mim, que as pessoa começaram a encher a casa, ai eu fui e parei com ler mão quando eu conversei com os pade, que eles dissero que não aconselhava ler mão não, porque saia muita mentira e onde tinha a mentira não tinha as coisa de Deus, comade. E eu fiquei até alegre porque eu pensei que ele ia empatar d’eu rezar, porque esse é um madeiro muito pesado que eu carrego ... . Tem dia d’eu rezar em mais de 200 pessoas, de graça, doente com problema de chaga, sem dizer não a ninguém e sem cobrar um tostão de seu ninguém”.* (Damião - 60 anos)

<sup>73</sup> A partir de agora, quando me referir aos agentes intermediários de cura, utilizarei sem aspas as denominações utilizadas pelos informantes.

Semelhante aos rezadores, a dona do Centro Espirita, é de origem rural, sem nenhuma escolaridade e com mais de 50 anos. Também se considera portadora de um “dom” sobrenatural - mediunidade -, que a possibilita entrar em contato com espíritos protetores (guias, entidades). Conforme seu depoimento, tal atributo manifestou-se da seguinte forma:

*“Eu via um vulto perto de mim, porque quem é filha de Iemanjá .... Eu sentia gelo, eu sentia chuva cair no meu rosto e eu dizia pra ele (esposo), mas ele não acreditava. [...] ele dizia: ‘Tem não, você tem comprexo, você tá neivosa’. Ai, me levava pá o médico. Ai, quando eu tive bem doente mesmo, ai ele me levou pá doutor Nocêncio. Ai, doutor Nocêncio disse: ‘Óia, essa mulé ... por certo que ele entende disso ..., essa mulé não pode ter aperrei, de maneira nenhuma’. Se você me aperriasse eu ficava apavorada, eu quebrava troço, entendeu? Eu ficava aperriada, perturbada, sentia mal da cabeça. Ai, ele me levou pá um homem me curar. Ai, o homem disse a ele que não podia, porque eu só ficava boa se eu me devolvesse (desenvolver), que as minha corrente era presa. Que o médio com as corrente presa, ele não tem saúde, ele tem que dá passagem. Ai, então, eu fui pá o Recife, Tigipiô. Ai, me tratei lá. Ai, a mulé deu três mês pá eu ficar boa e eu quase não ficava, que eu tava ... que isso passa do tempo. [...] ai, ela disse que eu tinha que trabaia. [...] se eu parar eu sinto pertubação, que eu sou média de nascença e o médio de nascença tem que trabaia. [...] porque o médio ele é como uma energia, tá entendendo? Se a gente tem o dom, a gente tem o santo da gente, nè? Então, ele tem de descer e dizer o que o doente tá precisando”. Agora é um serviço pesado, um serviço sofrido, se uma pessoa tá cum macumba e eu vou dirmanchar, óia, é 7 dia que eu fico que num aguento. O corpo doído, porque aquela doença que a pessoa tem passa pra mim, tá entendendo? Pá depois sair daquele doente. Toda vida eu fui sofridora, porque quem é média é a parte mais sofridora que tem, o médio é muito sofrido. (Dinorah - 59 anos)*

Nota-se que, para esses agentes, a posse de um “dom” implica a idéia de sofrimento, resignação e conformação. Para os rezadores, apesar de reconhecerem a sua missão como sendo sagrada, consideram-na “pesada”, tanto que a associam a um “madeiro”, ou seja, ao sofrimento de Cristo na cruz. Para a dona do Centro Espirita, que teve o seu “dom” revelado após vários anos de doença, é também no seu exercício que o sofrimento se configura, daí a resignação e a conformação.

O espaço de atendimento dos rezadores é a sua casa, onde mantêm uma mesa com imagens de Nossa Senhora, Padre Cícero e Frei Damião, velas acesas, rosários, Bíblia, flores, etc. Entretanto, quando são solicitados, vão às residências dos clientes, ou até mesmo rezam a distância por intermédio do nome ou de objetos de uso pessoal, como roupa, por exemplo. Tudo indica que a lógica que orienta a possibilidade de manipulação de forças é a lógica do contato, próximo e a distância de modo que o objeto pessoal representa o seu proprietário, podendo, assim, ser um veículo para atingi-lo.<sup>74</sup>

*“Vem muita gente pá eu rezar. Vem daqui, vem gente da Lagoa da Fazenda, Tavares, vem gente pra lá de Tavares, de Cachoeira, sabe? O pessoal também liga pra mim de São Paulo, que eu trato de pilepsia e quizema, sabe? Eles mandam o nome e às vez manda uma roupa, um retrato, aí eu rezo, sabe?”*  
(Ubalдина - 50 anos)

De modo geral, os recursos utilizados por esses rezadores, basicamente, consistem em rezas, simpatias, prescrições de ervas medicinais, remédios caseiros e da indústria farmacêutica, imposição das mãos sobre a cabeça do enfermo ou sobre as partes do corpo afetadas, visando restabelecer o funcionamento adequado do organismo ou eliminar influências espirituais, provocadas por forças negativas de um olhar, espíritos encostados, etc. Atuam contemplando não só a cura das doenças, mas também previsões para o futuro e resoluções de problemas amorosos e financeiros.

Foi possível observar que alguns, notadamente os mais idosos, utilizam o “ramo” quando rezam e prescrevem quase que exclusivamente remédios caseiros, como por exemplo, os chás.

*“Eu uso os poder de Deus e umas foinha de mato e pronto [...]. Tem aqui saúde das mulé, que eu rezo com um pé de coisa que eu aprantei. Eu rezo com essas foia que tem por aí, por todo canto, com todas eu rezo. Às vez passo um remédio, uma coisa e outra. Um chá do mato, de Alecrinho, passo chá de Colonha, tudo isso eu passo pra eles, pois é.”* (Dulce - 86 anos)

<sup>74</sup> A título de ilustração consultar MONTERO, Paula. *Magia e Pensamento Mágico*. 2ª ed., São Paulo: Ática, 1990.

Enquanto que os mais jovens priorizam o uso de perfumes (alfazemas), de cores variadas (rosa, azul, verde, roxa, etc) e com indicações diferentes:

*“Mas, é como eu digo à senhora, se eu for usar todos aqueles ramos pá rezar em todas as pessoas que chega aqui, pode butar aqui uma horta com bem 1 km (risos). Essa colônia é mais fácil. Essa verde, como eu disse à senhora, cura tudo. Ela pode curar macumba, inveja, oiado e curar qualquer coisa que seja sobre o lado financeiro. Mas a azul cura só o lado financeiro, essa só serve pá lhe dar sorte, comprar carro, terra, casa, investir, investimento. [...] essa rósea, ela só serve pá amor e ela serve também pá rezar em dores, curar cercado de cobra, que tá morrendo gado. [...] a senhora, se quiser, pode comprar essa colônia em qualquer farmácia e usar você mesmo. Só que ela aqui é mais forte, porque eu coloco 4 oração e coloco água benta e benzo ela.”* (Damião - 60 anos)

*“Eu uso 6 tipo de alfazema da Suíça. Da verde, da cor de rosa, da roxa, da branca, da azul. Eu uso 6 tipo. Cada cor é um problema pá eu resolver juntamente com a reza.”* (Ubalдина - 50 anos)

Além disso, prescrevem com freqüência medicamentos da indústria farmacêutica e mantêm relações de “amizade” com alguns proprietários de farmácia, para os quais enviam a sua clientela para comprar os medicamentos por eles prescritos. Como os médicos e proprietários de farmácia, os rezadores são visitados por alguns representantes de laboratórios da indústria farmacêutica, de quem recebem amostra grátis de medicamentos e recebem orientação quanto ao uso e prescrição. Neste sentido, os trechos retirados da entrevista com um rezador, na qual fui confundida como estudante de medicina, são bastante sugestivos:

*As doenças que eu mais trato é mais ulça, ramatismo, a mais que ataca é coluna, é as doenças que mais atinge no ser humano. É gastrite, ramatismo e neivosismo. Ai, eu passo o Milanta, Maloque, mas o que eu passo mais é o Maloque PC, que é o que cura muito, fia. Não passe outro remédio quando minha fia for doutora. [...] eu passo remédio pá gase, eu passo muito pá verme, eu passo remédio pá figado. Eu passo muito remédio caseiro*

*também, porque tem pessoa que eu não gosto de passar remédio de farmácia, porque o organismo dela não suporta mais o antibiótico não, porque é o que eu tenho mais medo, fia, de passar”.*

≠ Por quê ?

*“Porque intoxica, fia. Dá pobrema de alegia, dá pobrema de ... cardíaco, dá pobrema de dirmaiar, dá vários pobrema, fia. O antibiótico ele é uma coisa que cura, mas ele mata mais do que cura, fia. Minha fia procure muito bem a fazer isso quando você for passar os remédio, pá minha fia não intoxicar um paciente, porque minha fia vai se sentir curpada e pode perder a profissão, pode perder o seu cargo.”*

≠ Como o Senhor sabe pra que servem esses remédios?

*“Eu já tomei. O médico passou pra mim, eu melhorei e fiquei bom. [...] os viajantes me ensina também e eu leio a bula, boto o menino pá ler e escutando tudo direitinho. Faço tranquilo, sem um tico de preocupação. Olho a quantidade das miligramas que tem, pra que a pessoa não se intoxique. É o que precisa fazer.*

≠ E esses remédios que o senhor tem aí na sua mesa?:

*“Os viajantes mandam pra mim, Eles começaram dando muito, mas agora tão dando pouco, não sei por que. Eles dão pá o médico, também .... Aqui eu só tenho mostra grátis mesmo.*  
( Damião - 60 anos )

Enquanto foram citados pelos usuários como os únicos capazes de curarem as doenças espirituais, bem como a “espinhela caída”, a “dor de intruzitado” e a “dor de peitos abertos”, na verdade eles se consideram capacitados para curarem um número ilimitado de doenças. A cura para eles, necessariamente, se dá pelos poderes infinito de Deus, dos quais se julgam veículos:

*“[...] tem muita coisa nesse mundo, fia, que é macumba, é inveja, que inutiliza uma pessoa de pé à ponta e remédio de médico, de farmácia não cura macumba e nem inveja, não. O endemoniado? O remédio não cura o*

*endemoniado não, fia. Uma pessoa com qualquer tipo de doença mesmo, diferente, que a gente pensa até que é uma doença mesmo, vem pr'aqui e é doença que só cura com reza, fia. Vamos supor, izipra, equizema, não tem doutor que cure equizema. Diabete? Não tem doutor que cure diabete. Câncer? Não tem doutor que cure câncer, fia. Mas, a reza paleia, melhora, minha fia dorme aquela hora que eu rezo, passa quatro, cinco dia sem sentir. Aliviou, sentiu alívio, porque de morrer ninguém escapa, fia. Nem o rezador, nem Frei Damião escapa de morrer. Porque o maior rezador foi Jesus Cristo e só adurou 33 ano. Que até hoje não vei, nem apareceu e nem aparece um que supere Jesus Cristo, porque ele curava e ressuscitava os mortos na hora. Quem cura é Deus, fia, não sou eu não."*

(Damião - 60 anos)

Foi unânime entre eles, afirmarem que não desempenham o seu papel por dinheiro, uma vez que possuem um "dom" dado por Deus. Assim, as suas praticas são por eles enunciadas como "caridade" e "ajuda", embora recebam dinheiro ou mantimentos (café, feijão, etc) de alguns clientes, desde que tal atitude não seja interpretada como pagamento:

*"As pessoas bota ai na mesa, eu não cobro de ninguém, não. Eles agradam, viu ai a praca na parede, eu não cobro de ninguém. Rezadeira de verdade não cobra de seu ninguém, não pode não, eu tenho um 'dom' que Deus me deu. Eu ajudo as pessoa, faço uma caridade, eu não cobro não".*

(Ubalдина - 50 anos)

*"Óia, eles me dá farinha, me dá feijão, me dá açúcar, me dá café, outros me dá dinheiro, é assim. Eu não cobro de ninguém, eu ajudo somente as pessoa. Eu sou viúva, tá dento de 15 anos que eu fiquei viúva. Após bem, eu vivo só da minha rezinha e sou aposentada. Mas o dinheiro que sou aposentada, quando eu recebo, eu pago hodega, pago aluguel de casa, pago água, pago luz. A minha felicidade abaixo de Deus é essa rezinha que eu rezo".*

(Dulce - 86 anos)

No que se refere à transmissão das rezas, quase todos demonstraram preferir conservá-las em segredo, ou só ensiná-las pouco antes de sua morte. Conforme os seus

depoimentos, ensiná-las em situações por eles consideradas indevidas, poderá acarretar a perda do “dom” ou até mesmo a sua morte. O que pode ser observado no depoimento a seguir:

*“As orações, ninguém pode saber (risos). É um segredo do dom. Se eu distribuir para as pessoa, aí eles me levam. Eu não posso distribuir o dom, não. Possa ser quando Deus for me levar um dia, sabe? Quando chegar a hora, que eu sei também. Ai, talvez eu passe para um filho meu, sabe?”*

(Ubalдина - 50 anos)

Já a “dona do Centro Espirita” atua como intermediária entre as pessoas que a procuram e os espíritos protetores (guias, entidades), os quais, na sua avaliação, são os verdadeiros detentores dos conhecimentos médicos, “os mestres da cura”. Ela acredita ser capaz de curar certas doenças, desde que o paciente tenha fé. Neste sentido, referindo-se ao esposo, que é portador de mal de Parkinson e encontra-se completamente imobilizado numa cadeira de rodas, comentou:

*“Ele era pá ter levantado, mas ele não tem fé. Eu levei ele pá padinho Damião, aí ele falou: ‘minha fia, eu vou dizer a você, que seu marido é um homem de pouca fé’. Disse tudo, que a fé? A fé é quem cura, fia.”*

(Dinorah - 59 anos)

Ela trabalha no Centro Espirita, que fundou há 28 anos atrás e até hoje dirige. Esse centro fica situado em um bairro periférico da cidade, instalado nos fundos de sua casa, numa espécie de galpão, onde também funciona durante o dia uma oficina mecânica de propriedade dos seus filhos. Nesse galpão realizam-se os cultos, que giram em torno do fenômeno da possessão, sempre aos sábados, às 19h 30 min.

No interior da sua casa, reserva um espaço para realizar as consultas e receber as entidades, mantendo uma mesa com a imagem de Padre Cícero, Iemanjá, Preto Velho, Cosme e Damião, flores, velas, etc.

*“Eu trabaio aqui. Tem um quartinho pá fazer consulta, sabe? Porque você tem o segredo, eu arrei o guia e você se comunica com o guia, o que você tá sentindo, o que tá se passando com você [...] Você diz tudo e o que tiver na sua vida ele diz. Se tiver uma pessoa atrapaçando ele diz, o que tiver ele*

*diz. Eu tenho um quartinho só pra isso. Agora, a gira, tem que ser lá no galpão, porque é muita gente, dá muito médio, né? [...] graças a Deus eu trabaio há 28 anos e é só pá curar. Agora é um serviço pesado, um serviço sofrido.”*  
(Dinorah - 59 anos)

Os rituais de cura geralmente envolvem “obrigações” (oferendas aos espíritos), banhos de limpeza, além de prescrições de medicamentos feitos à base de ervas medicinais ou medicamentos da indústria farmacêutica:

*“Esse trabaio do ar precisa de obrigação, tá entendendo? Tem que dar obrigação. Como bem, que Deus o livre, você tá com um espírito mal, né? Ai ele diz: ‘eu não saio, eu só saio se você me der isso’. [...] eu já tratei de um rapaz que ele falou: ‘se não me der sangue, eu não saio dessa matéria, de jeito nenhum. Se for possível eu bebo até o de vocês’. Ai eu disse: você não pode beber sangue de cristão, não. Agora, peça de qual é o bicho que nós damo. Oxente! Arrumei na hora. É a coisa mais fácil que tem. A gente compra um frango, agora o da galinha preta não se dá, porque pertence à magia e eu não trabaio com magia. A gente vai e corta no casco e despacha com 3 dias nas encruzilhadas. [...] eu digo logo ao doente: tem de deixar o dinheiro pá fazer as obrigação. Ai, fica bom, fica curado. O meu serviço é esse. Quando a pessoa fica limpo, vai se cooperar e tomar um fortificante. Às vez eu gosto de passar Maracujina, aquele xarope de mulungu, Vitaminé, que é muito bom pá esse povo. Quando eu não passo nada eu mando pá o médico, é assim, minha fia.”*  
(Dinorah - 59 anos)

Diferentemente dos rezadores, para cada consulta ela estipula um valor em dinheiro, dependendo do caso e do tipo da obrigação que for exigida pelas entidades espirituais:

*“Tem que pagar, porque eu vou dirmanchar aquele trabaio, trabaio pesado, eu tenho que cobrar ou pouco ou muito. Tem que cobrar porque a gente fica cansado, você não queira saber como é ruim dirmanchar um trabaio. A gente tirar um doente em cima de uma cama, com macumba, pá dirmanchar aquele trabaio. Eu cobro, às vez não cobro muito, mas cobro, né? [...] óia, a minha mãe-de-santo, ela cobra e é caro, ela cobrou 200 real dessa obrigação que eu fui fazer agora em setembro”.* (Dinorah - 59 anos)

Pode-se dizer que, no conjunto dos agentes espirituais entrevistados, circula um conhecimento terapêutico que reúne em seu acervo elementos religiosos, científicos e saberes acumulados através de várias gerações. Este conhecimento, ao que demonstra, gradativamente vem sendo reelaborado e diversificado, de acordo com o contexto social em que ele emerge, circula e se transforma.

Partindo dos depoimentos a seguir, constata-se que todos esses agentes percebem a saúde e a doença de maneira semelhante ao conjunto dos usuários entrevistados. O que é compreensível, visto que compartilham do mesmo modo de vida e, em função disso, acredito, têm a mesma visão de mundo. Assim como os usuários, esses agentes organizam as suas representações acerca da saúde e da doença, basicamente, em torno da idéia de disposição, harmonia, equilíbrio, normalidade, coragem e de força, especialmente de força utilizável no trabalho, como um atributo da jovialidade. Tanto é que um rezador comentou:

*“Mas, agora, nem por isso, ela (esposa) tá com saúde. Ela cuida nas coisa dela, boia dicomer, remenda roupa, faz tudo. É a idade também, né? [...] os tempo é na mocidade, né? Quando pega na casa dos oitenta, mais, é cuma quem tá tirando um restinho de uma conta, tá entendendo? Porque o novo, mais ou menos se zelou, não fez estrago, estudou, é isso. (Simão - 83 anos)*

E a dona do Centro Espírita, discorreu:

*“Tenho saúde, só não tenho mais depois que acabou-se ... Vei essa menopausa. Eu era mulé de aço, não tinha medo de nada. Eu tenho vontade de butar até roça. Eu não tô dizendo à Senhora que eu vim tomar essa saúde depois que tô trabaicando. Uma saúde, eu criei outra força. Eu me deitava na cama, aí ele (esposo) dizia: ‘Fita, tu também. Isso é porque tu quer’. Eu digo: é não. Que a gente que é média a gente sente o corpo da gente muito esmurecido, num sabe? Aquela canseira, mas eu não entendia o que era, minha fia, aí eu não podia tomar providência nenhuma [...]”*

(Dinorah - 59 anos)

E para manterem essa força, essa disposição, essa normalidade, ou seja, a saúde, apontaram algumas condições, entre outras: higiene, conforto e paz, repouso necessário, exercícios físicos, lazer, ausência de preocupação e alimentação saudável, sem contaminação por agrotóxicos ou antibióticos. Assim, alguns relataram:

*“A saúde vem do conforto, de alimentação, de conforto e paz. Não se sacrifica do juízo de pensar tanta coisa sem dar jeito, né?”*

(Simão - 83 anos)

*“Ter saúde eu acho que depende muito da gente, fia. Eu não sei explicar muito isso, mas pá gente ter saúde a gente tem que ter uma higiene muito grande, a gente tem que pelo menos se banhar direto, a gente tem que comer aquelas comidas bem mastigadas, a gente tem que repousar naquelas horas, a gente tem que fazer uma fisicazinha pra gente ter coração bom, assim, a gente tem que fazer, assim, um tipo de aumentar o lazer. Não brigar, não ter raiva, a gente tem que tratar todo mundo bem pá que todo mundo se sinta feliz com a gente e em todo canto que a gente chegar, ter aquela alegria, ser bem vindo. Isso tudo ajuda na saúde, fia [...]. se a gente não fizer isso a gente não chega a 90 anos, não. Por causa do antibiótico que tem hoje nas coisa de hoje, que antigamente o camarada chegava, mas porque não tinha o antibiótico. Minha fia comia uma comida do jeito que ela vinha da roça, minha fia comia uma cabra do jeito que ela era criada. Se a senhora come hoje uma cabra, ela tem milhares de injeção de antibiótico, de coisa p'aquela reis engordar. Se a senhora vai comer uma verdura, tem veneno que passou naquela verdura pá matar aquele micróbio. Já compra com aquelas ... coisa que mata a gente. Por isso não tamo mais adurando aqueles 90, 100 anos, comade. Porque a gente já come tudo contaminado, fia. E a gente já acostumou nessas comidinha de hoje, pensa que é boa, que é civilidade e a vida da gente diminuindo pá 40, 50 anos, fia.”<sup>75</sup>*

(Damião - 60 anos)

A doença, entre eles, é percebida por oposição à saúde e descrita como um estado de fraqueza e dores, infortúnio, desequilíbrio, isto é, como algo que contraria o estado tido como “normal”, mais precisamente como a impossibilidade de trabalhar. Dai o que um rezador verbalizou:

*“Depois que eu fiquei velho, que não pude mais tocar o trabalho no comércio, eu fiquei só rezando mesmo. Não trabalho mais porque não tenho*

---

<sup>75</sup> Note-se que o informante ocupa uma posição singular. É o único rezador alfabetizado que entrevistei e que tem um poder aquisitivo superior aos demais. Frequentemente adquire livros sobre plantas medicinais, assiste programas sobre saúde na televisão e mantém relações de amizade com médicos, proprietários de farmácia e representantes de laboratório da indústria farmacêutica.

*condição, tem dias que eu nem vou pá feira, porque eu fico aqui cansado e doente. Também me sinto mal, sinto dores [...]”.* (Damião - 60 anos)

Também como os usuários, fazem distinções entre doenças “*materiais*” e doenças “*espirituais*”, do “*corpo*” e do “*ar*”, de “*fora*” e de “*dentro*”. Para “a dona do Centro Espirita”, por exemplo:

*“Tem as doenças do corpo e tem as do ar. Essas do ar é só esse problema mesmo. Dá gelo, dá quintura, da pertubação, tá entendendo? A do ar é assim”.* (Dinorah - 60 anos)

E para um rezador:

*“[...] é essa tal de doença de fora, que o povo bota muito. Toda morrinha, dor de dente, dor de cabeça, é doença de fora ... que a doença de fora pode ser pelo vento, coisa que o povo bota. Às vez o programa da inveja, o programa da ambição, Ave Maria! Encontrando quem entenda e tenha a orde e uma licença, mais ou menos tira, compõe tirando. Com reza tira. As de dentro é a que pertence ... é dada pelo Pai, Filho e Espirito Santo. Ai, pertence a Deus e ao doutor e os empregado tratando, até a hora que for permitido por Deus”.* (Simão - 83 anos)

Por esta razão, acreditam que existem as doenças da sua competência e as doenças da competência dos médicos, da medicina, muito embora para todas elas é o poder de Deus que opera no ato da cura. Assim, uma rezadeira esclareceu:

*“Deus primeiramente e a medicina, que é quem cura o pessoal. Agora, tem problema que a medicina não cura, né? Às vez as pessoa se bate, se bate na medicina, fica esgotado e não tem jeito aquele pobrema. Se fosse ao rezador ... se encontrar um rezador, o rezador benze duas ou três vez e ele fica bom. Nem toda doença a medicina cura, não senhora”.*

(Ubaldina - 50 anos)

E a dona do Centro Espírita comentou:

*“Que as correntes sendo presa, prejudica a pessoa, só vive doente, tá entendendo? Ai, vai pá o médico e não dá doença, porque a gente média é um dom, já nasce com aquele dom e o dom não tem quem tire, tá entendendo? Ai, a gente tem que ir pá um centro pá saber o que é que necessita, pá poder cuidar daquele doente”.* (Dinorah - 59 anos)

Entre as doenças consideradas espirituais, de fora, do ar, pude verificar que distinguem duas categorias principais: as que decorrem das relações que os indivíduos mantêm com o sobrenatural e aquelas que derivam das suas relações com a sociedade. No primeiro caso, são, geralmente, atribuídas a uma possessão por um espírito mau ou a uma mediunidade não desenvolvida. O relato da dona do Centro Espírita é bastante elucidativo, nele percebe-se que a doença, neste caso, é considerada uma “sujeira”, uma “desordem”, que atinge o corpo na sua totalidade:

*“[...] é aqueles espírito mau que fica perturbando aquela matéria, tá entendendo? Ai, a pessoa fica suja, fica doente, não se zela, não chega aquela coragem. Óia, a minha nora, ela foi pá Serra Talhada, foi pá doutor Francisco, pá doutor Hilo, passou 8 dia lá em João Pessoa, tirou chapa de cabeça, tirou tudo e tudo negativo. Eu digo: você vai, mas sua doença é corrente presa, você é média. Mas, ela não quis assumir, ela é quem sabe”.* (Dinorah - 59 anos)

Bem como o relato de um rezador:

*“Se a senhora visse o que entra aqui, tanto sofrimento. Pessoas que chega pelos braços dos outros, volta caminhando, pessoas que vêm com o diabo socado no coipo, dez, vinte, trinta homens não segura. Mas, o povo traz e eu rezo e volta bom. Já tá curando o pessoal também, que aquilo é a pessoa que às vez nasce pá curar e não tá curando”.* (Damião - 60 anos)

Enquanto que no segundo caso, elas resultam de forças negativas de um olhar, de um sentimento ou até mesmo de uma ação maléfica praticada por alguém que lhe deseja o mal.

*“[...] que a doença de fora pode ser pelo vento, coisa que o povo bota. As vez o programa da inveja, o programa da ambição, Ave Maria! [...]”*

(Simão - 83 anos)

*“[...] às vez tá doente, às vez tá com fastio, não pode comer, às vez imagina que é oiabo, é assim”.*

(Dulce - 86 anos)

*“[...] quando uma pessoa tá pertubada, tá com influência mal, tá entendendo? Quando uma pessoa não quer ver outro bem, bota tudo pá trás. Ai, o povo vem aqui pá eu tirar, pá fazer limpeza, tá entendendo? [...]”*

(Dinorah - 59 anos)

Já as doenças consideradas materiais são aquelas que apresentam alterações orgânicas, com causas evidentes e que, geralmente, exigem para o seu tratamento, uma parafernália de que não dispõem. Nestes casos, encaminham ao médico, ou tratam com medicação caseira ou da indústria farmacêutica, dependendo da intensidade do mal físico:

*“A semana passada chegou uma mulé aqui, um pobrema aqui nas veia e eu conheci que era veia entupida, sabe? Precisando de fazer, assim, aquela operação de ponte de safena, sabe? Ai, ela tá sofrendo muito e eu enviei ela pá bater um eletro no hospital. Ai, eu não sei se vão bater. Ela é cliente minha. Eu olhei a pressão dela, dor de cabeça direto e as veia dela ... o sangue já não tá funcionando bem, sabe? Ai, eu enviei ela pá o hospital, ela tem muito colesterol também, ai eu enviei ela pá medicina”.*

(Ualdina - 60 anos)

Contudo, apesar de classificarem as doenças em “*materiais*” ou “*espirituais*”, do “*corpo*” ou do “*ar*”, de “*dentro*” ou de “*fora*”, verifiquei que, para eles, na verdade, essas doenças não constituem, de fato, realidades distintas, de modo que acreditam que a doença espiritual contribui para o adoecimento do corpo e vice-versa. Dessa forma, a doença é percebida como um

fenômeno que, além de escapar ao controle dos indivíduos, provoca alterações tanto físicas quanto espirituais:

*“Ela (cliente) foi pá procissão, que ela mesmo conta. Ela tava boa, aí recebeu aquele vento, o vento veio, num sabe? Ai, ela ficou tremendo, depois passou a tremura, tá entendendo? Ai, depois de dez anos foi que ela veio se cuidar. Então, ela tem que se tratar no centro e tem que se tratar na medicina, que é pá tomar remédio pá o neivo, devido ao tempo, né? [...] quando a pessoa fica limpo, vai se cooperar e tomar um fortificante. Porque a pessoa que recebe o que não presta fica fraco, porque eles pertubam muito, eles maltratam muito a matéria.” (Dinorah - 59 anos)*

Lançar o olhar sobre o sistema de representações comum ao conjunto dos usuários entrevistados, bem como desses agentes do mundo espiritual, significa perceber que tudo é pensado como se a existência se processasse simultaneamente em dois planos: no plano material e no plano espiritual. Vários são os sinais que, pela vida afora, vão indicando e reafirmando essa oposição. A concepção do corpo como uma dualidade - matéria e espírito - a classificação das doenças em materiais e espirituais e as estratégias utilizadas, em busca da cura de seus males, são marcas extremamente visíveis.

### **3 - Os Agentes Intermediários de Cura do Mundo Material**

Seguindo a lógica que norteia a distinção estabelecida pelos usuários entre os agentes qualificados para diagnosticar, tratar e curar as doenças, distinções estas que envolvem noções de complementaridade e não de antagonismo, os médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e o proprietário de farmácia são, portanto, os agentes do mundo material, uma vez que a eles são atribuídas competências para tratarem e curarem as doenças consideradas materiais.

Esses agentes, diferentemente daqueles do mundo espiritual, que são considerados e consideram-se possuidores de conhecimentos decorrentes de um “dom” sobrenatural, são definidos e se definem pelo fato de deterem conhecimentos resultantes de um aprendizado escolar, como no caso dos médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem ou adquiridos na

prática, como no caso do proprietário de farmácia. Será conveniente escutar o relato de um médico, de uma rezadeira e do proprietário de farmácia, nos quais se nota esse contraponto:

*“Eu estudei em João Pessoa. Eu me formei em medicina na Universidade Federal da Paraíba em 1979, e desde 79 que trabalho aqui no hospital. Eu sou ginecologista e obstetra”.* (Pedro - 43 anos - Médico)

*“Eu vou pra São Paulo agora e vou trazer um aparelho de pressão, que eu peso pressão. Eu não sei ler, eu não estudei, mas eu sei quando ela tá alta e quando ela tá baixa. Eu tenho o dom da natureza. Eu fui ensinada pela ciência do céu.”* (Ubalina - 50 anos - rezadeira)

*“Praticamente eu nasci e me criei dentro de uma farmácia, né? Com 8 anos eu já ajudava a meu pai e com 10 anos eu já aplicava injeção de veia, de músculo, tudo. E você vai aprendendo no dia a dia as doenças, o medicamento pra que serve e assim vai”.* (Jeremias - 39 anos - proprietário de farmácia)

O conhecimento originário de um aprendizado escolar, somado à garantia da “cidadela científica”, nas palavras de Luc Boltanski<sup>76</sup>, confere ao médico uma autoridade superior à autoridade do “curandeiro”. A posse de um “dom”, por si só, não estabelece, pois, uma fonte de autoridade que supere ou pelo menos se iguale à do médico. Para o autor, isto explica o porquê dos “*membros das classes populares*”, mesmo reconhecendo e admirando a ciência do “curandeiro”, paradoxalmente esperam quase sempre que o seu valor seja referendado pelos membros da “cidadela científica”, como, por exemplo, pelos professores.

A interpretação de Luc Boltanski, referente às classes populares francesas, mostra-se pertinente à compreensão das atitudes de alguns usuários entrevistados para com os rezadores. Quando entrevistei uma usuária que se encontrava na residência de um rezador, após ter sido por ele atendida, obtive o seguinte depoimento:

*[...] já denunciaram dele aqui, né? Uma vez. Os médicos. Porque disse que ele ficava passando remédio aqui e eles achava que era sem orientação, né? Mas, parece que vinheram esses representantes ... inclusive a sociedade de*

<sup>76</sup> BOLTANSKI, Luc. Op. Cit. (nota 28).

*Serra Talhada inteira frequenta aqui, né? Pessoas da alta sociedade, gentona mesmo, pessoas estudadas e tudo. Médico mesmo vem aqui e todos eles sai satisfeitos. Eu sempre venho aqui, sempre que tenho oportunidade eu venho aqui e toda vez eu saio muito satisfeita".* (Valquiria - 29 anos)

Dona Valquiria, ao que demonstra, apesar de acreditar nos poderes de cura do rezador, contudo, tenta respaldar a sua crença pela credibilidade concedida pelos membros da “alta sociedade”, “por pessoas estudadas”. Isto sugere, como aponta Luc Boltanski, a superioridade conferida em nossa sociedade aos conhecimentos científicos.

Entretanto, de acordo com Delma Pessanha Neves<sup>77</sup>, tamanha é a amplitude dos problemas postos pela doença e pela morte para o homem e, principalmente da necessidade de explicá-las e justificá-los, que tais questões perpassam diversas esferas da vida social, inclusive a própria “medicina científica”. Na sua análise, os médicos, embora suponham que as suas práticas sejam fundamentadas exclusivamente em conhecimentos científicos, de um modo geral, não atuam orientados apenas por este saber, mas também por visões religiosas de mundo para avaliar os limites das suas ações. Os médicos, para Delma Pessanha Neves, reconhecem os limites das ações e dos saberes dos homens, deixando espaços para a inclusão de concepções religiosas como explicativas dos fracassos possíveis da medicina e de sua impotência diante da morte.

Os médicos de Princesa Isabel, por mim entrevistados, nasceram em municípios vizinhos e residem na cidade há quase 20 anos. Exercem suas atividades em consultórios próprios e nos hospitais da cidade, além de participarem ativamente da política local, o que, nas suas avaliações, contribui para um conhecimento aprofundado sobre os problemas de saúde no Município e, sobretudo, para um relacionamento próximo e frequente com os seus moradores:

*“A minha atuação aqui, como médico, como sou da região, né? Sou político, né? Então o povo me procura bastante, né? Tanto aqui no hospital como em meu consultório, como no meio da rua, né? Eu conheço bem a realidade daqui e, na medida do possível, a gente tem feito alguma coisa, infelizmente não tudo, né? Não tudo, não tanto quanto o povo merece, né? Na medida do possível, a gente tem feito alguma coisa pra satisfazer as necessidades do povo, sobretudo das pessoas mais pobres, que não tem condição de se deslocar para Serra Talhada, Patos ou mesmo João Pessoa ou Campina Grande, né?”* (Alberto - 48 anos)

<sup>77</sup> NEVES, Delma Pessanha. Op. Cit (nota 69)

Julgam, contudo, uma prestação de serviços à comunidade como se fora um sacerdócio, coisa que exige renúncia, obrigação e desvelo, impossibilitando-os até mesmo de uma reciclagem profissional. Ressaltam, ainda, em seus relatos, que é flagrante a falta de infraestrutura nos hospitais, escassez de mão-de-obra qualificada, como se não bastasse a grande distância de centros maiores, como João Pessoa, Recife, etc:

*“Hoje só vem para o interior quem é da terra, né? Porque não só pensa no lado financeiro. Porque alguém que pensar no lado financeiro jamais virá. No interior não dá mais, porque hoje não se ganha mais dinheiro, não se tem mais salário no interior. Aqui é renúncia mesmo. Nós moramos a 430 Km da capital e reciclagem é uma dificuldade muito grande, porque você sair para um congresso, você abandona tudo e você começa a pensar: eu abandono uma semana e esse pessoal vai ficar desprotegido todinho? É difícil pra gente que tá no interior. Mas, tem que ter renúncia e a gente que está em Princesa tem feito essa renúncia.”* (Pedro - 43 anos)

*“[...] as dificuldades aqui são muitas, como a falta de equipamentos médicos, equipamentos hospitalares, né? Outro problema que a gente encontra é sempre permanecer um único médico de plantão no hospital e muitas vezes chega uma cirurgia e eu ter que encaminhar pra outra região, Serra Talhada, a gente encaminha pra Serra Talhada, aqui, né?”* (Alberto - 48 anos)

Quase todos os enfermeiros e auxiliares de enfermagem entrevistados nasceram e residem em Princesa Isabel e, como os médicos, consideram-se conhecedores dos problemas de saúde que atingem a população do Município. Alguns trabalham nos hospitais desde a sua fundação e outros, há mais ou menos, dois anos. Acreditam que a sua função é servir, como bem relatou uma enfermeira:

*“Porque aqui a gente tá, realmente pra servir e dar o que é melhor da gente pra eles, né? A obrigação da gente é essa”* (Solange - 35 anos)

Muito embora alguns tenham demonstrado insatisfações no desempenho da profissão, em particular no que se refere à remuneração e à pouca ou nenhuma autonomia em relação aos poderes atribuídos ao médico:

*“[...] é uma profissão muito sofrida, certo? Ainda existe preconceito, e que ... aquela velha história, que médico manda mais que enfermeiro. É, sempre existe. Desde que eu estava na Universidade, sempre tem, né? É aquela história. Apesar de ser enfermeira chefe, a minha relação aqui com os meus 22 funcionários, eu não tenho problema de jeito nenhum. A integração enfermeira ... é ... hierarquicamente falando, com os auxiliares de enfermagem é boa, mas em relação aos médicos sempre existe este preconceito. E em relação a outras profissões na área de saúde, a remuneração é muito inferior [...]”* (Silvia - 25 anos)

E, enquanto isso, a auxiliar de enfermagem comentou:

*“Eu adoro, eu gosto, gosto demais. Eu sou doente da coluna, sofro demais. Ai, eu tenho uma sobrinha que mora em São Paulo e ela pelega pra eu deixar, ela diz: ‘olhe, o que você ganha no hospital eu lhe dou todo mês, pra você não trabalhar mais’. Ai eu digo: ‘não, mas eu quero trabalhar. Eu sou velha, mais eu quero ficar dentro do hospital.’ Eu queria ficar até dizer, assim, tá esclerosada (risos). Eu gosto muito da profissão, gosto demais do hospital”.* (Marizete - 68 anos)

O proprietário de farmácia, embora um comerciante, exerce em larga escala uma função terapêutica, que, em muitos casos, substitui a presença do médico. Ele denomina-se “farmacêutico”, é natural do Município e praticamente iniciou sua carreira ainda muito jovem, junto ao pai, com quem aprendeu a profissão. Bastante familiarizado com as doenças mais comuns da clientela, é principalmente sobre elas que aconselha e faz suas prescrições:

*“As doenças que mais aparece por aqui é carência de vitaminas, mais verminose, são doenças fáceis de curar, né? Uma desintéria em criança, é isso. As doenças que eu trato são as rotineiras, como as verminoses, diarréias, fraqueza, né? Deficiência de vitaminas, né?”* (Jeremias - 39 anos)

Ao que parece, os contatos frequentes com as receitas dos médicos, com os representantes de laboratórios da indústria farmacêutica, resultados de exames laboratoriais e radiológicos e, principalmente a leitura das bulas dos medicamentos contribuem, consideravelmente, para ampliar o seu conhecimento e, em decorrência, o âmbito de sua ação no sentido de adaptar ou até mesmo substituir algumas prescrições médicas e auxiliar os casos graves e encaminhá-los aos médicos:

*[...] a gente vai consultando e, graças a Deus, tem dado certo, né? Quando, às vezes, eu vejo que uma coisa tá duvidosa, aí eu digo: 'olhe, vá, procure o médico, faça um exame, pode ser isso ou aquilo, é melhor você procurar o hospital'. As vezes eles não querem ir ao médico, eles dizem: 'não, eu quero que o senhor passe mesmo, eu não vou ao hospital, que demora, não sei o que'. Aí, a gente passa o remédio. Mas, quando o caso é grave eu mando para o hospital, mando para o médico".* (Jeremias - 39 anos)

Sua farmácia situa-se no centro da cidade e possui uma clientela ampla e diversificada, tanto da Zona urbana, quanto na Zona rural. Ele julga que a sua credibilidade junto a essa clientela, principalmente as pessoas "carentes" oriundas da zona rural, se dá por uma questão de confiança nos seus conhecimentos, por uma questão de tradição e, sobretudo, pelas relações de amizade que mantêm com essas pessoas:

*"[...] o pessoal carente da zona rural, eles tem uma confiança imensa na gente, já vem de tradição, já vem do meu avô, que meu avô naquele tempo era o médico e era o farmacêutico, né? Manipulava, era quem fazia remédio e tudo. Então, depois que meu avô faleceu, meu pai tomou de conta e depois fui eu. Então, pegou aquela pratica, muitos anos, né? Então, o pessoal do sítio, esse pessoal carente, tem muita fé nos remédios que nós passamos. Às vezes, eles se sentem bem mais à vontade com o farmacêutico que é amigo do que com o próprio médico, né? Tem mais liberdade, tem mais confiança, né?"* (Jeremias - 39 anos)

Sua atuação não se restringe ao balcão de sua farmácia, indo bem mais além, visto que comparece às residências para prestar os socorros que estão à altura dos seus conhecimentos:

*“Eu estou disponível a qualquer momento. Tem pessoas que diz: ‘Eu quero que você vá aplicar injeção em casa, porque eu não posso vir. Ai manda me chamar e eu vou com todo prazer.* (Jeremias - 39 anos)

Daí considerar sua profissão extenuante, exigindo o máximo de si, não tendo férias nem horário para se fazer presente quando solicitado:

*“É uma profissão escrava, né? Você não tem horário, trabalha direto. Eu mesmo tô com sete anos que não sei o que é umas férias, né? Trabalhando de domingo a domingo, mas é o meio que você tem. Muitas vezes você tá no seu lazer aí lhe procuram e você vem atender. Vou nas casas verificar pressão, aplicar injeção e tudo, né?”* (Jeremias, 39 anos)

Esse agente, diferentemente dos demais, ocupa uma posição singular: mediador entre a clientela e os serviços de saúde existentes na cidade, bem como entre os agentes do mundo espiritual e os agentes do mundo material. Muitas vezes, encaminha sua clientela aos médicos, aos hospitais, além de atender aos casos encaminhados pelos rezadores e pela dona do Centro-Espírita. A posição que ele ocupa na comunidade o favorece tanto econômica quanto socialmente, uma vez que mantém contatos com os diversos agentes dos mundos espiritual e material:

*“Ele (rezador) é meu amigo, é um cliente nosso, um amigo. Ele compra os remédios de uso pessoal, né? Ele faz as suas rezas, passa seus remédios (risos) e envia os clientes pr'aqui e eu sempre recebo eles, oriento quando é preciso e se for preciso também mando para o hospital, né? para o médico.”* (Jeremias - 39 anos)

Convém ressaltar, portanto, que todos os agentes entrevistados vinculam as doenças que mais acometem a população do Município, em particular as pessoas por eles consideradas “pobres”, às condições climáticas e, sobretudo, às precárias condições de nutrição e de higiene dessa população, ou mais precisamente, à falta de informação sobre os cuidados com o corpo e,

consequentemente, com a saúde. A esse respeito, o depoimento de um enfermeiro resume com muita propriedade o que pensam eles:

*“Todo problema que chega hoje no ambulatório, se você fizer um levantamento, é diarreia, verminose, é escabiose, é um problema educativo de falta de limpeza, é um problema alimentar, ou seja, é um problema educativo da população.”*  
(Cláudio - 34 anos)

Assim, a doença é associada à pobreza, relacionada com a falta de informação. Tanto é, que um médico relatou:

*“[...] quem procura mais o hospital são as pessoas mais carentes. Infelizmente, no nosso país, quem é carente também o nível de informação é muito pequeno, não é? Quem já tem mais uma certa formação, já começa a não ser muito carente, né? No Brasil, infelizmente é assim, né?”*  
(Pedro - 43 anos)

Essa compreensão, segundo as análises de Maria Andréa Loyola<sup>78</sup> corresponde à própria visão da “medicina científica”, que, em decorrência dos avanços dos estudos de epidemiologia, ampliou o conceito de saúde, incluindo, além da dimensão física, a dimensão social do comportamento humano.

Para Maria Andréa Loyola, essa visão, embora admita a existência de desigualdades sociais, centra-se na relação indivíduo-sociedade. Aos indivíduos cabe a responsabilidade no acesso aos bens de saúde e na libertação das doenças, nas quais o analfabetismo aparece como causa principal. Daí que, para a autora, a não incorporação dos valores culturais dominantes pelos “membros das classes populares”, principalmente no que diz respeito às regras de higiene, é vista como responsável pelo surgimento de algumas doenças, estando sempre associadas à “ignorância”.

---

<sup>78</sup> LOYOLA, Maria Andréa. Op. Cit. (nota 65)

Efetivamente, esse entendimento foi evidenciado nos relatos dos agentes por mim entrevistados. Daí proporem um processo educativo voltado para as praticas preventivas de saúde, como, por exemplo, regras de higiene, alimentação, etc.

*“[...] o chamado processo educativo, ele funciona e é como a saúde, vai ter solução”.*

(Cláudio - 34 anos - enfermeiro)

É, ainda, a partir desse pensamento, que a procura pelos rezadores, “curandeiros”, como assim alguns deles foram denominados, é vista como consequência da falta de informação, considerando-a prejudicial, visto que retarda a procura pelo hospital:

*“Na maioria das vezes, eles procuram primeiro o curandeiro, né? Pra resolver o problema (risos). Ai, quando chegam aqui no hospital, muitas vezes já é uma situação já bem mais avançada, né? E daí, dificulta mais o tratamento e o prognóstico também fica mais sombrio, né?”*

(Solange - 35 anos - enfermeira)

Pode-se dizer, que a concepção de saúde e doença desses agentes, parcialmente, assemelha-se com as noções dos usuários, entretanto, o mesmo não se evidencia em relação às praticas preventivas e às estratégias em busca da cura. Praticas e estratégias estas que serão discutidas no capítulo a seguir.

## **CAPÍTULO IV**

### **PRESERVAR A SAÚDE E CURAR A DOENÇA**

## 1 - Práticas Preventivas

Mesmo acreditando que Deus é a causa final de qualquer fato da vida humana, existe, entre todos os usuários entrevistados, uma acentuada preocupação com a sua saúde e com a dos familiares, bem como o interesse em compreender os tratamentos e prescrever as precauções necessárias para evitar as doenças. Uma idéia que brota dos seus relatos é a de que a saúde, para ser preservada e, conseqüentemente, a doença evitada, é imprescindível que se tenham “muitos cuidados”. O depoimento abaixo é bastante ilustrativo a esse respeito:

*“É! pra ter saúde é preciso muitos cuidados [...]. Ter cuidado pá não arrumar doença, né? Ter cuidado.”*  
(Marluce - 57 anos)

Abordar as noções de cuidados que transmitem os usuários, os quais aparecem sempre associados à idéia de proteção, de cautela, implica adentrar um universo que simultaneamente envolve, além das relações do corpo com o meio físico e social onde vivem, as relações com o mundo sobrenatural. Esses cuidados, apresentados ao longo deste capítulo, ao serem verbalizados, com maior ou menor grau de elaboração e sistematização, evidenciam, por um lado, um certo conhecimento e absorção das práticas preventivas difundidas pelo discurso médico. E, por outro lado, trazem à tona as suas dificuldades, e até mesmo as suas impossibilidades em segui-las integralmente, além das peculiaridades dos seus saberes, construídos em um tempo específico e em um certo lugar.

Em vários momentos, ressaltam as suas condições de vida marcadas pela experiência da pobreza, reafirmam as suas crenças nos mistérios do mundo sobrenatural e na própria impossibilidade do homem em impedir o desenrolar do ciclo natural da vida. Inexoravelmente, o corpo, um dia, perecerá, porém, antes disso poderão, decerto, confrontar-se com a doença. Foi com este sentimento de impotência, D. Mara comentou:

*“Ah! o problema de adoecer, né? Todo mundo adoecer, né? O problema de morrer, né? Só Deus, mulé, ele é que sabe, né?”*

(Mara - 41 anos)

Nas relações do corpo com o meio físico, os cuidados cotidianos para com a saúde nas representações dos usuários, consistem, basicamente, em proteger o corpo contra a capacidade agressiva desse meio, como, por exemplo, do excesso de sol e de poeira:

*“Assim, não fazer extravagância, né? Não andar em poeira, não andar em quintura, essas coisas assim. Ai, a pessoa é mais difícil adoecer, né?”*  
(Júlia - 37 anos)

É importante lembrar que as condições climáticas, em especial o ciclo das estações, para todos os usuários entrevistados, são interpretadas como causas de algumas doenças, em especial das vias respiratórias, aquelas compreendidas como vindas de fora para dentro, “plantando-se” no corpo.

Nas relações do corpo com o meio social, é vasto o repertório de cuidados para com a saúde por eles estabelecido. Procurei, portanto, concentrar a análise naqueles que foram mais recorrentes, vale dizer, nos que dizem respeito ao trabalho, à alimentação, à higiene e às reações do organismo mediante os problemas vividos no dia-a-dia; em outros termos, à maneira pela qual reagem às demandas da vida.

O trabalho, cuja classificação se baseia nos pares de oposição “pesado” e “leve”, é considerado um fator que define a saúde e, principalmente, promove a vida. O trabalho “pesado”, porém, aquele interpretado como exaustivo e que exige grande esforço físico, provocando excessivos dispêndios de energias, esgotamento, fadiga, expondo o corpo às agressões do meio físico, deverá ser evitado, para que a saúde seja preservada. Assim, dando continuidade a seu relato, D. Marluce esclareceu:

*“[...] ter cuidado é não trabalhar em serviço pesado, mulé.”*  
(Marluce - 57 anos)

Grande parte desses usuários trabalha na agricultura, e, ainda que se refira a essa atividade como sendo “pesada”, e a responsabilize pelo adoecimento do corpo, as suas condições econômicas lhes impõem transgredir essa prescrição, porque é desse tipo de trabalho, que exige

uma intensa utilização física dos seus corpos que retiram os meios materiais da sobrevivência. O corpo é a fonte de subsistência e a fonte de reprodução. Se, por um lado, o trabalho “pesado” é apreendido como causa de adoecimento e de sofrimento, por outro lado é fonte de sobrevivência. Em outras palavras, é um “mal necessário”.

*“Eu trabalhava muito na roça, por causa que meu pai butou nós tudo na roça, assim, numa base de uns 12 anos. Trabalhando no pesado, mulé, aquilo era pa roçar, algodão com palma, pratando cana, aguando barro pa fazer tijolo, tirando lenha pa muage, catando algodão no tempo quente, naquela quinturona toda, nós catando algodão no tempo quente. Ai, minha fia, ai passei a vida na roça, num sabe? Trabalhando muito na roça, ai comecei a sentir. Quando me casei, com 28 anos, ai fui pa roça trabalhá também, passei 14 anos trabalhando na roça, no pesado, nesse mesmo trabalho. Ai, quando foi um dia de noite eu comecei a sentir, num sabe? Sentindo aquele vexame, aquele vaxame, ai dirmaiei. Ai, meu marido depressa me tirou pa Serra. Quando eu cheguei, me consultei com o médico, ai ele disse que era uma veia interrompida e não tinha doutor que me operasse, se me operasse eu morria. Ai, sai da roça, mulé, fiquei desse jeito. Hoje eu não trabalho mais não, eu não posso, mulé”.* (Ivone - 47 anos)

Para o conjunto dos usuários entrevistados, cujas representações sobre saúde e doença, como já indiquei, são construídas em torno da idéia de força, notadamente de força utilizável no trabalho, é sobre a alimentação que recaem as maiores atenções, constituindo-se no elemento mais importante para a preservação da saúde.<sup>79</sup> A alimentação permite recompor as energias gastas no trabalho, mantendo a disposição no corpo e, logicamente, evitando a sensação de fraqueza, característica da doença, em decorrência da força que se perdeu com o trabalho cotidiano, pois é evidente que a atividade que exercem é extremamente desgastante, penosa.

Nos seus relatos, porém, verifica-se que não basta ter qualquer alimentação para que a força seja mantida e estimulada. Faz-se necessário, por conseguinte, que essa alimentação seja “boa”, como testemunha o depoimento a seguir:

<sup>79</sup> - Cf. LOYOLA, Maria Andréa. Op. cit. (nota 36), que encontrou situação semelhante no município de Nova Iguaçu - RJ e a discute em detalhe.

*“[...] eu sinto, sinto uma fraqueza, mas fraqueza é porque quem é pobe não se alimenta bem, né? Porque o pobe não pode se alimentar, né? Toda hora ele não tem dinheiro pra comprar alimentação boa pá se alimentar e trabalhando muito, fica cansado, fica fraco e das fraqueza já começa as doenças, né?”*

(Mara - 41 anos)

Quando arguidos sobre o modo pelo qual definem uma “boa” alimentação, alguns emitiram as seguintes opiniões:

*“Se alimentar bem é ter aquelas comidas mais ou menos. Negóço de carne, algumas verduras, uma coisa sendo tratada, uma vitamina, eu acho que é isso”.*

(Amélia - 19 Anos)

*“[...] quer dizer que pode ser uma verdura, uma carne de gado, né? Que é uma alimentação mais ou menos boa, né?”*

(Lourival - 60 anos)

*“[...] comer fruta, verdura, tomar bastante suco, água, tudo bem tratado [...]”*

(Isabel - 24 anos)

É importante chamar a atenção para o fato de que, nos parâmetros utilizados para se determinar o conceito de “boa” alimentação, estão a capacidade nutritiva do alimento e as suas qualidades adquiridas pelo tratamento durante a produção e pela preparação. O alimento deve ser capaz de repor as energias gastas no trabalho, não estar contaminado por adubos químicos, agrotóxicos e medicamentos, ser higienizado e preparado com sabedoria. Um rezador, que apesar de ocupar um lugar de destaque entre os usuários, justamente por ser um especialista qualificado para identificar e curar a doença, mas participa do modo de vida e pensamento destes esclarece, com muita propriedade, esse conceito:

*“[...] eu acho que ter saide depende muito da gente, fia. Depende de um bom alimento, bem lavado, aquela verdura que se come bem cozida, conforme seja. Não comer requentado, não comer aquelas*

*comidas má feitas, com panelas má lavadas, essas coisas assim ... se a gente não fizer isso a gente não chega a 90 anos, não. Por causa do antibiótico que tem hoje nas coisas de hoje, que antigamente o camarada chegava, mas porque não tinha o antibiótico. Minha fia comia uma cabra do jeito que era criada. Se a senhora come hoje uma cabra ela tem milhares de injeção de antibiótico, de coisa p'aquelas reis engordar. Se a senhora vai comer uma verdura, tem veneno que passou naquela verdura pa matar aquele micóbrio. Já compra com aquelas coisa que mata a gente [...]* (Damião - 60 anos)

Este pensamento coincide com as idéias de Fritzof Capra, na sua obra *O Ponto de Mutação*:

*"[...] nossa saúde também é ameaçada pela água e pelos alimentos, uma e outros contaminados por uma grande variedade de produtos químicos tóxicos [...]. Assim, o envenenamento químico passa a fazer parte, cada vez mais, de nossa vida. Além disso, as ameaças à nossa saúde através da poluição do ar, da água e dos alimentos constituem meros efeitos diretos e óbvios da tecnologia humana sobre o meio ambiente natural ..."<sup>80</sup>*

Tudo leva a crer que esses usuários admitem a existência de um padrão alimentar adequado para manter o corpo em perfeito estado de saúde e, principalmente, que estão cientes das normas alimentares recomendadas pelos médicos. A dieta que descrevem e consideram “boa”, se assemelha à alimentação “equilibrada”, prescrita e difundida pelos médicos.

*“Porque eu acho, como você sabe, os melhores medicamentos estão na alimentação. Se você não tem alimentação, automaticamente você adocece, né? Verdura, frutas, carne, legumes, né?”*

(Alberto, 48 anos - médico)

Grande parte deles, no entanto, ressalta a sua impossibilidade para consumir todos os alimentos indicados nessa dieta, confessando até mesmo as suas dificuldades para adquirirem as

<sup>80</sup> CAPRA, Fritzof. *O Ponto de Mutação*. São Paulo: Cultrix, 1982. P. 21.

quantidades suficientes dos alimentos que compõem sua dieta básica (feijão, milho, arroz e carne), como se observa nos seguintes trechos, retirados da entrevista com uma mãe e filha:

Filha = “[...] eu sei não, porque eu faço a comida, algumas frutas que as condição da pa comprar, eu compro, e tô me alimentando, sei lá! Mas aí, hoje as coisa tá muito difícil, né? A pessoa compra ali um pouquinho, mas não é o suficiente, que nem diz a história, né?”

(Jandira - 37 anos)

Mãe = “Às vez a pessoa tem a necessidade, mas às vez a falta de dinheiro é mais ainda do que a necessidade (risos). Mas eu acredito, vamos supor, no caso dela, se ela tivesse uma alimentação suficiente, talvez fosse melhor mesmo pra ela. Vamos supor, se ela tivesse um taquinho de carne de gado, uma banana, uma tomate, verdura, né? Uma alimentaçõzinha completa pra ela se alimentar, vamos supor, duas vez por dia, talvez fosse uma ajuda melhor, né?”

(Laura - 56 anos)

Filha = “[...] graças a Deus o grosseiro nunca faltou, não, dentro de casa. Mas aí, eu tenho certeza que eu não tenho a alimentação completa, né? Como era pá ser. Assim, devido ao que eu venho sentindo, né? Porque várias pessoa já me disse que quem tem esse pobrema de neivo, tem que tomar o remédio e tem que ter a alimentação também que seja igual, né? [...]”

(Jandira - 37 anos)

Referindo-se ao seu consumo alimentar, D. Ivone comentou:

“A gente só come o feijão, mulé, o xerém, que é o que o pobe tem e pronto. E com isso, vive uma vida, mulé”.

(Ivone - 47 anos)

Fica claro nesses relatos, como bem definiu Maria Andréa Loyola, um “enorme sentimento de frustração”<sup>81</sup> por não poderem se alimentar adequadamente nem do ponto de vista da dieta que julgam ideal nem do ponto de vista da sua dieta tradicional. As quantidades, pois, de

<sup>81</sup> LOYOLA, Maria Andréa. Op. Cit. P. 150

alimentos consumidos são, por eles, consideradas insuficientes ou incompletas. Razão pela qual se sentem mal nutridos e, em decorrência, mais susceptíveis às doenças.

Nesse sistema classificatório, os alimentos se agrupam nas seguintes categorias: “fortes” e “fracos”, “quentes” e “frios”, “carregados” e “não-carregados”.

*“A gente já colheu um pouco. Um pouquinho de feijão e o milho ainda tá maduro, né? Mas, é uma coisinha que dá somente pá comer. É! Não dá pá vender pra comprar outra alimentação pra ele (esposo), porque ele não pode comer pão de milho, não pode comer feijão, né? Não pode comer angu, é tanta coisa que ele não pode comer, por causa que quando ele come essas coisa forte ele se sente mal, ele tem gastrite, só vive doente, mulé [...]”.* (Mara - 41 anos)

*“[...] eu só não gosto de comer de meio dia pá tarde batata doce, né? Porque é medonho pá me dar bucho inchado. É muito quente a batata, né? Mas, as outras comidas, arroz, feijão, tudo eu como”.* (Amaral - 81 anos)

*“Essas coisas carregadas eu não como, não, porque eu tenho medo, né? Porque pode ofender, né?”* (Paulina - 37 anos)

Em determinadas comunidades, as qualidades atribuídas aos alimentos podem ser intrínsecas, referentes à própria natureza do alimento, ou adquiridas. Como demonstram os resultados obtidos por Antônio Greco Rodrigues<sup>82</sup>, por meio de trabalho de pesquisa no Município de Santo Antônio do Monte - MG., no qual encontrou semelhante sistema de classificação. Na interpretação do autor, baseando-se praticamente nas idéias de Claude Lévi-Strauss e Edmund Leach, as qualidades intrínsecas dizem respeito ao sabor, capacidade alimentar e capacidade de agredir o organismo após sua ingestão. Já as qualidades adquiridas pelo tratamento durante a produção, e pela preparação, são aquelas transmitidas pelo adubo, pelo tempero e pela temperatura do alimento preparado.

<sup>82</sup> RODRIGUES, Antônio Greco. *Alimentação e Saúde: um estudo de ideologia da alimentação*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Antropologia Social da Universidade de Brasília. 1978, (mimeo)

No entanto, pude constatar que os alimentos considerados “fortes” são aqueles que, além de transmitirem ao organismo uma sensação de plenitude, são tidos como mais nutritivos, que dão força para o trabalho. Por exemplo, a carne de gado, o feijão e o milho. Os alimentos “fracos” são, ao contrário, incapazes de nutrir suficientemente o organismo, no caso o arroz. Os alimentos “quentes” (batata-doce), embora nutritivos, pesam no estômago e são passíveis de causarem empachamento ou difícil digestão, enquanto que os alimentos “frios” (verduras), também nutritivos, provocam sensação de leveza e são de fácil digestão. E, finalmente, os alimentos “carregados” são apreendidos como potencialmente ofensivos, tais como a manga, a pinha e a goiaba.

Alguns alimentos, em determinados períodos fisiológicos, menstruação, gravidez e puerpério, bem como em circunstâncias de doenças e em certos horários do dia, retiram-se da dieta, dependendo de como sejam classificados.

Dona Paulina, por exemplo, descrevendo a sua dieta, deixou claro que no período menstrual se abstém de ingerir manga, pinha e goiaba, por considerá-las frutas “carregadas” e, por isso, maléficas àquele período:

*“Quando estou menstruada (Falou baixo), não como pinha, nem chupo manga, porque pode ofender. Essas coisas carregadas eu não como não. Pinha, manga, goiaba, né? Porque pinha é perigosa, né? É a fruta mais perigosa que tem”.* (Paulina - 37 anos)

Em caso de doenças, a preocupação principal é de se evitar o consumo de alimentos “fortes”, capazes de sobrecarregar o organismo enfraquecido e impossibilitado de desprender a força adquirida através dele. Nessas circunstâncias, os alimentos “fracos” são os mais indicados. D. Mara, referindo-se ao esposo, que é portador de gastrite e, por isso, impossibilitado de trabalhar, comentou:

*“[...] porque quando ele trabalha, ele sente doer. Se ele tiver com uma melhorinha e se ele começar a trabalhar, ele apiora. Quando ele tá na crise forte, mesmo, nada sustenta no estômbo dele, não. Aí, eu gosto sempre de fazer uma sopa de arroz, uma papinha, porque o feijão, ele*

*não pode comer, angu, essas coisa forte, né? É comer, ele bota tudo pra fora, é assim”.*  
(Mara - 41 anos)

Os alimentos quentes devem ser evitados em refeições noturnas, quando podem prejudicar a digestão.

*“[...] eu só não gosto de comer de meio dia pa tarde batata doce, né? Porque é medonho pá me dar bucho inchado, né? É muito quente a batata, né?”*  
(Amaral - 81 anos)

Pode-se inferir, portanto, que a classificação dos alimentos comum à maioria dos usuários entrevistados possui uma lógica particular, que permite selecionar os alimentos, fundamentando-se na sua capacidade de beneficiar ou agredir o organismo. “Nenhum alimento existe e pode ser compreendido isolado do organismo de seu consumidor”,<sup>83</sup> o qual é informado por um sistema cultural.

Outro aspecto relevante que constatei nesse sistema explicativo, refere-se à questão do “gosto” alimentar como pré-requisito na escolha dos alimentos. Vários, os usuários que organizam a sua dieta considerando, também, esta particularidade. D. Laura, que participa do Programa de Hipertensão Arterial no Hospital Deputado José Pereira Lima, onde foi orientada a não consumir sal e gordura e ingerir bastante verduras, comentou :

*“[...] é recomendado pra eu não comer sal. Só que eu (risos) , eu, não dá não, sem o sal de tudo não dá não (risos). Só que a minha comida é bem friinha no sal e pronto. Gordura, eu não como, aí pronto. As coisa que elas (enfermeira) evita, eu sempre faço. Só que passa pá eu comer verdura, eu não sou muito de comer verdura, não. Assim, tomate mesmo eu nem ligo e a cenoura, às vez se eu fizer uma sopa, é assim, Mas, pá dizer, eu como verdura direto, não, não gosto, não. Se tiver o feijão macaça, eu sou mais um pouquinho e se for o feijão de arranca, eu como um pouquinho, às vez só um pouquinho, do caldo com arroz, um taquinho de carne, aí pronto, minha comida mais é só isso mesmo[...]”.*  
(Laura - 56 anos)

<sup>83</sup> RODRIGUES, Antônio Greco. Op. cit. p. 100

Mesmo estando a par das normas alimentares recomendadas pelos médicos, esses usuários acabam priorizando o modo de alimentação tradicional. Introduzem na dieta, ou dela subtraem, apenas, os alimentos que economicamente estejam ao seu alcance e, sobretudo, não contrariem seus gostos alimentares e as suas normas dietéticas. No cotidiano desses usuários, os alimentos mais valorizados são aqueles considerados “fortes”, que sustentam e dão força, constituindo assim a base da sua dieta, pois:

*“O alimentar-se, tanto quanto um processo biológico, é um processo ideológico, onde a escolha do alimento está relacionada a uma visão de mundo, onde o que comer é definido através de um sistema de classificação que organiza o universo alimentar do grupo”.*<sup>84</sup>

No que se refere às práticas de higiene, as mais verbalizadas, entre esses usuários, dizem respeito aos cuidados com o corpo, com os alimentos e com a água. Enunciada no mesmo sentido de limpeza, contempla-se a higiene como um fator importante, visto que possibilita descontaminar os alimentos, a água e manter o corpo asseado, limpo, garantindo-lhe, assim, as condições favoráveis para mantê-lo saudável, tal como testemunham alguns dos seus relatos:

*“Pra ter saúde, a gente precisa andar limpo, né? [...]”*

(Mara - 41 anos)

*“Pra ter saúde, a gente precisa de muita coisa. Precisa de limpeza, alimento [...]”*

(Amélia - 19 anos)

*“As comidas precisa ser limpa, tratada, né?”*

(Mirtes - 44 anos)

Para alguns, porém, a higiene visa, em particular, às crianças, que, como os idosos, são considerados mais frágeis e, conseqüentemente, mais vulneráveis às doenças:

<sup>84</sup> RODRIGUES, Antônio Greco. Op. cit. p. 07

*“Lá onde eu moro tem barreiro, cacimbão, aí a gente bebe a água de lá. Se for para um bebezinho, a gente ferve, porque mata os micróbios e a água fica mais saudável, né? Aí, a gente vai ter mais segurança que a criança vai ter mais sempre saúde, né?”* (Isabel - 24 anos)

Vale sublinhar que Isabel reside na zona rural, cursou o 1º grau e, uma vez ou outra, é visitada pelos agentes de saúde, os quais a orientam como tratar a água, principalmente o uso do cloro.

Para aqueles que não dissociam a saúde da matéria da saúde do espírito, em particular, os adeptos do Espiritismo, a higiene, como prevenção das doenças, não se resume aos cuidados com a água, com os alimentos, pois abrange, igualmente, as dimensões material e espiritual do corpo. O espírito “limpo”, portanto, sadio, contribui para a saúde da matéria e vice-versa, pois, como bem lembra a dona do Centro Espírita:

*“[...] é aqueles espíritos mal que fica perturbando aquela matéria, tá entendendo? Aí, a pessoa fica suja, fica doente, não se zela, não chega aquela coragem. Aquela pessoa não vem na mente de fazer uma limpeza, entendeu? Não tem coragem de fazer nada. Aquela pessoa fica detida, sem ter coragem pra nada, tá entendendo? Então, a gente tem que afastar aquilo. Quando a pessoa fica limpo, vai se cooperar e tomar um fortificante. A gente tem que procurar um centro pá se limpar”.* (Dinorah - 60 anos)

Por esta razão, D. Valquíria, adepta do Espiritismo, regularmente vai ao Centro Espírita receber bons fluidos (passe), para fortalecer o espírito, mantendo-o limpo e saudável:

*“[...] aí, justamente, a gente vai lá (Centro Espírita) e recebe muita força. É, porque ali é um ambiente que é circulado de bons fluidos, né?”* (Valquíria - 29 anos)

Em nenhum momento constatei, nas suas falas, preocupação com a higiene do ambiente, mesmo daqueles que residem em bairros periféricos, geralmente desprovidos de infra-estrutura sanitária<sup>85</sup>: água encanada, rede de esgoto, ruas calçadas e coleta de lixo.

Contudo, as casas que visitei eram no geral limpas e bem zeladas e seus moradores se revelaram conhecedores das regras de higiene vistas como elementares. Este fato vem se contrapor com a visão mais comum no meio médico de que a “pobreza” desconhece as regras básicas de higiene. Vale lembrar que esses usuários dividem o mundo entre “limpos” e “sujos” e, logicamente, em “sadios” e “doentes”.

Outro cuidado pontuado no sentido de prevenir doenças e garantir melhores condições de saúde, ao que tudo indica, apreendido pela difusão e inculcação de conhecimentos médicos, em particular sobre o Stress Psicológico, é procurar viver com tranquilidade, com paciência, sem preocupações e ansiedades no enfrentamento dos problemas cotidianos. Os depoimentos a seguir são bastante ilustrativos:

*“Pra ter saúde é preciso ter cuidado [...] não ter preocupação”.*

(Marluce - 57 anos)

*“[...] mãe não sente fraqueza, não sente dor de cabeça. Ela não tem muita preocupação, porque acontece muitos causos e ela tem paciência, não se preocupa, aí, é por isso que é forte”.*

(Amélia - 19 anos)

Alguns, entretanto, apesar de reconhecerem a importância dessa medida preventiva, salientam a impossibilidade de cumpri-la sem que haja uma intervenção divina. De maneira bastante marcante, D. Laura, portadora de Hipertensão Arterial, atribui aos atropelos vividos durante a sua mocidade um papel significativo no curso da sua enfermidade. A causa maior é a responsabilidade como mãe de 11 filhos, debatendo-se com a pobreza, além da infidelidade conjugal que configurava o abandono do lar pelo cônjuge, recaindo sobre ela a responsabilidade

---

<sup>85</sup> Conforme dados do recenseamento demográfico de 1991 - IBGE - PB, dos 4.502 domicílios existentes no município de Princesa Isabel, apenas 1.836 dispõem de abastecimento de água com canalização interna, ligada à rede geral, 948 têm o lixo coletado diariamente e predomina a utilização de fossas sépticas rudimentares.

total do sustento da família, somando-se ainda a perda do companheiro, deixando-a em estado de permanente angústia e ansiedade:

*"[...] muitos filhos pra criar, uma dificuldade tão grande, nós pobre e meu marido me deu muito trabalho, num sabe? O meu ciúme era porque ele era sem vergonha (risos). Eu sofri muito, eu sofri muito porque ele arrumava mulé pr'aqui, mulé pr'acólá, era aquela coisa, num sabe? Eu vendo a hora ele me deixar com esses filhos todos e eu sei que Deus me chamou nessa graça, me libertou dos brigueiros que eu tinha. Eu brigava muito com ele, eu não tinha paciência com meus filhos, eu brigava diretamente, eu não tinha paciência. [...] as vez eu penso, assim, que muitos problemas que eu tive no tempo de nova, outros problemas que eu passei, se eu não tivesse passado, talvez hoje eu não fosse a pessoa que sou. Talvez eu fosse sadia. Assim, porque se a gente tiver uma vida bem despreocupada, bem tranqüila, mas ninguém pode viver também desse jeito, né? (risos). Eu acho que eu não tinha o problema que eu tenho hoje. Porque, se eu não me preocupo com o marido, se eu não me preocupo com os filhos, se eu tô em paz, então o que é que vai me atingir? Nada. [...] eu não agüentava nada, a minha pressão parece que avoava direto dentro dessa casa. Mas depois que eu me converti a Jesus Cristo, ele me libertou, que ainda hoje eu tenho esse problema, mas eu não sou aquela que eu era. Mas, hoje não, graças a Deus, Deus me libertou. Eu não tenho como agradecer a Deus como ele me libertou, que eu acho que se eu fosse ainda daquele jeito, sem paciência, preocupada, eu não era mais viva, não, eu acho que eu já tinha morrido, não é?"*

(Laura - 56 anos)

Essa longa, porém, necessária citação tem a função de mostrar que para D. Laura, fica claro que somente Deus poderá conceder a graça da tranqüilidade e da paz diante das tribulações da vida. Para ela, Deus é o senhor da vida e, por isso, pode transformar o que aos seus olhos parecia impossível

Entre os usuários entrevistados, tudo se passa como se o corpo estivesse em permanente contato com forças sobrenaturais, prestes a agir, polarizadas entre o bem e o mal, razão por que a preservação da saúde extrapola o plano material da vida.

Para aqueles que atribuem certas doenças à provação ou castigo de Deus, justamente porque o indivíduo DELE se distanciou pelo pecado ou pela fraqueza da fé, como acreditam os adeptos da Igreja Congregação Cristã do Brasil, para que a doença seja evitada, deverão manter-

se em permanente comunhão com Deus, pela oração, demonstração de fé e, sobretudo obediência aos seus ensinamentos, pois como explicou D. Laura:

*“[...] às vez eu tô fraca na fé, as vez eu tô fazendo coisa que Deus não tá se agradando e, então, aquela enfermidade vem pá mode poder o nome de Deus ser glorificado [...]”.* (Laura - 56 anos)

Já para aqueles adeptos do Espiritismo, que percebem a doença espiritual como uma “sujeira” que desorganiza o corpo na sua totalidade, provocada, em muitos casos, pela intromissão de um espírito maléfico, as praticas preventivas mais recomendadas, abrangem, ainda, a manutenção permanente da “limpeza do espírito”, através dos bons fluidos (passes), o “bom” relacionamento entre as pessoas, evitando discussões e, também, a não oferta de suas fotografias, entre outras. Assim, recomendou a dona do Centro Espirita, ao relatar uma cura efetuada naquele centro:

*“[...] a moça era só arrotando, arrotando, ai depois ela foi me contar o passado dela. Que muita gente tem discussão, que eu não gosto de ter discussão com ninguém, não. Ai ela disse: eu me queixo de uma discussão lá, por causa de um rapaz e a moça me jurou. E ela disse que tinha dito à moça que ela podia fazer o que quisesse com ela, entendeu? Ai, por certo, a moça mandou fazer alguma coisa, né? Eu sempre digo a esse povo, não é bom ter discussão, não é bom, tenha cuidado. Essa menina, quando eu fiz a obrigação dela, tu acredita que ela vomitou três pinico de baba? De baba e, por fim, ela butou cupim. Por certo, a moça que não gostava dela, pegou o retrato dela ... por isso não é bom a gente dar retrato. Eu não gosto de dar retrato meu, nem meu nem de fio meu a ninguém. É muito ruim a gente dar retrato da gente, né? Eu mesmo não quero retrato de ninguém em meu centro, de jeito nenhum. Porque, pelo retrato, a pessoa faz o mal [...]”* (Dinorah - 60 anos)

Essas recomendações trazem à baila a incorporação feita por esses usuários dos princípios da magia. Estes pressupõem, entre outros, que “[...] toda representação mantém uma

*relação com a coisa representada*".<sup>86</sup> Por isso, ter em mãos uma fotografia significa, portanto, ter em mãos a pessoa fotografada.

Pelo visto, pode-se dizer que, a todo instante, os usuários buscam entender e explicar a doença e o porquê do adoecimento do corpo, ao mesmo tempo que vão estabelecendo práticas preventivas, recorrendo aos elementos do mundo material, bem como aos elementos do mundo espiritual, pois, como observa Georges Canguilhem, "*A doença é abalo e ameaça à existência*".<sup>87</sup>

E, se, por acaso, eles trazem em seus discursos ambigüidades e contradições é porque, conforme demonstra Teresa Pires do Rio Caldeira:

*"Na vida cotidiana as pessoas têm de interpretar acontecimentos e não construir sistemas explicativos globais e coerentes. Para isso, elas lançam mão dos mais variados elementos, tomam os fragmentos disponíveis e que mais pareçam adequados a cada caso, sem se preocupar em manter uma coerência. As conexões discursivas são estabelecidas conjunturalmente e na prática e estão sempre mudando. Assim, o que os discursos revelam são memórias fragmentadas, justapostas, e informações parceladas e contraditórias, explicações parciais que não têm de se conectar para formar um todo*".<sup>88</sup>

Nesse contexto, os elaboradores da explicação do todo, preocupando-se em não construir discursos contraditórios, são aqueles que, participando do sistema, estão alocados enquanto detentores de poder, o médico, o rezador, por exemplo. O usuário encontra-se, pois, "abalado" e busca algo que instaure a sua ordem, sua harmonia, sua normalidade, sua força. Não importa se o que é dito entre, até mesmo, em contradição com as suas idéias, suas paixões, suas crenças.

---

<sup>86</sup> MONTERO, Paula. Op. Cit. (nota 74), p. 26

<sup>87</sup> CANGUILHEM, Georges. Op. Cit. (nota 50), p. 148

<sup>88</sup> CALDEIRA, Teresa Pires do Rio. Op. Cit. (nota 24), p. 283

## 2 - Praticas Curativas

Sem dúvida alguma, para se compreenderem as praticas curativas utilizadas por esses usuários é imprescindível, antes de tudo, lançar o olhar sobre as noções de saúde, doença, corpo e cura que circulam entre todos eles.

Páginas atrás apresentei neste cenário que, de um modo geral, as representações sobre a saúde e a doença são estruturadas, isto é, encenadas em torno da idéia de **força utilizável no trabalho**. A saúde, percebida pelo do equilíbrio, a harmonia e o silêncio do corpo, é definida, principalmente, pela disposição para o trabalho. A doença, que surge sempre como o oposto à saúde, detectada quando o corpo dá o sinal de alarme, descreve-se como um estado de dor, de fraqueza, de desequilíbrio, de desarmonia e de impossibilidade de reencenar a mesma peça que é trabalhar, trabalhar<sup>89</sup> e, portanto, viver. Ou seja, como uma ruptura em relação ao estado de normalidade, provocada por causas naturais ou sobrenaturais.

Dai se segue que a cura, genericamente, significa a completa eliminação dos sinais e sintomas clínicos que caracterizam as doenças, o restabelecimento da força que torna o homem um ser produtivo e a reconquista do estado de normalidade:

*“[...] meu esposo, ele foi muito, muito sadio, mas tá com cinco anos mais ou menos que ele ... deu uma crise nele ... de ... privar a urina, num sabe? (Falou baixo). Mas, aí os médicos disseram que tinha que operar, aí ele foi pá João Pessoa, operou, ôxe! Ficou bronze, ele não sente uma dor de cabeça.* (Laura - 56 anos)

E, como apreendem o corpo como uma dualidade complementar e interdependente - corpo e alma , matéria e espírito - e, em decorrência, classificam as doenças em “materiais” e “espirituais”, “do corpo” e “do ar”, a cura envolve, pois, duas dimensões: a material e a espiritual. Para tanto, será necessário, basicamente, que o corpo seja alimentado adequadamente, tenha o repouso necessário, a higiene, a tranquilidade, e receba uma intervenção terapêutica.

<sup>89</sup> Em trabalhar abre-se um palco muito maior: comer, amar, procriar e viver.

Quando classificam as doenças, em função da sua natureza, em “materiais”, “do corpo”, e comumente, avaliadas como “graves” ou “leves”, “fortes” ou “fracas”, etc., e imputadas quase sempre às carências alimentares, aos micróbios, aos desgastes físicos provocados pelo excesso de trabalho “pesado”, às preocupações, etc., dependendo da intensidade do mal físico e dos riscos que oferecem para as suas vidas, recorrem aos médicos, aos proprietários de farmácias ou aos conhecimentos terapêuticos familiares acumulados durante várias gerações, na tentativa de curá-las. Neste sentido, alguns relataram:

*“[...] quando é uma doença que a gente vê que dá pa curar com chá, né? Com remédio de mato, a gente faz. [...] quando os meninos tão com tosse eu gosto de fazer mel, fazer mel com malva, com casca de angico, um bocado de coisa que a gente faz”.* (Mara - 41 anos)

*“[...] sendo doencinha fraca, assim, dor de cabeça, qualquer coisa, a gente compra um AS (AAS), Anador. Se for dor de dente, é o mesmo causo. Se for uma febre, a pessoa toma uma Dipirona, um chá. Mas, sendo uma doença que esses remédios não cura, aí tem que procurar o médico”.* (Amélia - 19 anos)

*“[...] essas doencinhas que dá pa curar em casa, aí a gente cura em casa mesmo. A gente dá o remédio de mato, compra comprimido”.* (Mirtes - 44 anos)

*“Eu mesmo sinto dor de cabeça muita, viu? Tô sentindo demais. Eu mesmo vou comprar comprimido na farmácia e tomo. Eu mesmo faço uma base, assim, vou testando os comprimidos e o que se der comigo eu tomo, fico tomando. O meu mesmo é o tal do Anador”.* (Lucrecio - 50 anos)

Depreende-se desses depoimentos que as intervenções terapêuticas, utilizadas para as doenças materiais, particularmente, aquelas classificadas em “leves”, “fracas”, etc., e tratadas em casa, sem que haja intervenção médica, resumem-se ao uso de medicamentos. O medicamento aparece como o instrumento para combater o mal e, portanto, curar a doença.

Quando os conhecimentos terapêuticos familiares se revelam ineficazes e, constantemente, a doença é classificada em “forte”, “grave”, etc., procuram os médicos, vão ao hospital:

*“Sendo uma febre, uma coisinha assim, uma gripe, aí fica em casa mesmo. Compra o remédio e não precisa nem vim. Faz remédio caseiro mesmo. Não é toda doença que vem pá o hospital não, lá também se cura, né?”* (risos)  
(Isabel. 24 anos)

No cotidiano desses usuários, os medicamentos se classificam em “remédio de mato”, “caseiro” ( de plantas medicinais) e em “remédios de farmácia”(da indústria farmacêutica). Os mais utilizados são os analgésicos, antitérmicos, xaropes, chás e fortificantes, que compõem uma “farmácia familiar”<sup>90</sup>, visto que circulam entre os vizinhos, parentes e amigos, favorecendo a constituição de um conhecimento terapêutico comum a todos eles.

*“Meu menino, quando tava com febre, eu dava remédio 3 vezes ao dia. Anador, só pá febre mesmo. Eu não comprei nenhum, foi as vizinha que me deu. Elas disse: óia, eu comprei esse remédio pá febre, tudo pá criança também [...]”*  
(Mirtes - 44 anos)

Os “remédios de farmácia” são, geralmente, os mesmos utilizados e aprovados anteriormente por pessoas da família ou da vizinhança, e que foram prescritos pelos médicos ou proprietários de farmácia:

*“Sendo comprimido Cibalene pá dor de cabeça, Anador, a gente já sabe, porque antes, talvez, alguém da família já tenha se consultado, né? Com alguma febre ou gripe, aí o médico já tem passado, né? Então, a gente já entende que aquilo é bom, aí a gente compra.”*  
(Isabel - 24 anos)

Dentre eles, verifica-se que alguns priorizam o uso de “remédio de mato”, por acreditar na sua eficácia, bem como na sua incapacidade de provocarem efeitos colaterais. Enquanto que outros preferem utilizar os “remédios de farmácia”, porque vivenciaram

<sup>90</sup> - Cf. LOYOLA, Maria Andréa. op. cit. p. (nota 36). que encontrou semelhante resultado e o analisa com bastante propriedade

experiências negativas com os “remédios de mato”, como pode ser observado nos trechos retirados da entrevista com um casal:

Esposo: *“Eu mesmo, pelo menos, dou mais valor a xaropada do mato. Eu digo a essa daqui (esposa), eu digo: ‘mas rapaz, eu não sei como tu não já se envenenou de tanto remédio que essa mulé toma’. Eu digo: ‘tu só sabe tomar remédio de farmácia, tu por que não toma remédio de mato?’ É o que eu digo a ela. Que eu tenho mais fé no xarope do mato, raizada, casca de pau e até mesmo as folhas.”*

(Lourival -60 anos)

Esposa : *“Mas acontece o seguinte, é que em xaropada do mato eu já quase morri envenenada. Foi, eu senti, assim, uma ofensa de comida, aí me ensinaram que, disse que folha de pinha era bom. Ai Senhor! Eu não gosto nem de me lembrar. Então, eu peguei a folha de pinha com uma rapinha de quina-quina e fiz um chá, amarga que nem fêu. E eu tava grávida e eu peguei e tomei. Agora, deixa que sobre a gravidez, eu não senti nada, não. Mas aí eu fiquei, eu fiquei improvocando, quase morro desse chá. Ai pronto, eu não sou muito de beber chá não, a não ser um chá, assim, de erva-doce, mas qualquer coisa que uma pessoa chegar e me ensinar, tome, não, vou nessa mais não. Óia, o mastruz que o povo diz que é um remédio que serve não sei pra que, mas já teve médico aqui que intrevistou o povo proibindo, que nem todo mundo pode tomar o mastruz. É, ele falou. Ai pronto, eu fiquei com mais medo ainda, eu digo: óia aí, o mastruz, que é um remédio que todo mundo diz que é bom pra isso e pr'aquilo e não sei mais pra que, acontece que serve pra uma coisa e ofende pra outra. E as casca de pau aí, que a gente não sabe nem de que veio? [...]*

(Laura - 56 anos)

Esposo: *“Pois o mastruz eu como a folha, que nem um animal come qualquer coisa de pasto lá no cercado. Eu como a folha, de tão bom que eu acho”.*

(Lourival - 60 anos)

Esposa: *“Ai, Senhor! Deus seja louvado!”* (Laura - 56 anos)

Enquanto isso, o enfermeiro entrevistado, referindo-se à fitoterapia, explicou:

*“Existe um conselho pra não se misturar as plantas. Você pode até tomar por informação, mas nunca misture as plantas, porque uma*

*reage com a outra”.*

(Cláudio - 34 anos)

Já o S. Severo, que na sua atual enfermidade utiliza “remédio de farmácia”, prescrito pelo médico e, apenas na falta deste, apela para os “remédios de mato”, demonstrou ter bastante cautela para não usá-los simultaneamente, pois tal mistura, na sua avaliação, poderá, até mesmo, causar a morte:

*“Tomo remédio de foia de mato, remédio de farmácia e tudo. Eu tomo, mas não tem futuro não. Eu tomo o de foia de mato quando não tem mais de farmácia, sabe? Mas eu não misturo, não, porque pode matar, pode atingir, né?”*

(Severo - 45 anos)

Ao que parece, a situação econômica de alguns usuários, bem como de alguns rezadores, contribui, em larga medida, para que o consumo de medicamentos fitoterápicos seja considerável. Fica claro, em diversos depoimentos, que os medicamentos alopáticos lhes são inacessíveis, devido ao seu alto custo, tanto é que uma rezadeira confessou:

*“É difícil eu ir pá o hospital, porque, às vez, passa um remédio, eu não posso comprar, né? São caro, né? E assim, eu com o chá dentro de casa, eu tomo um chazinho, uma coisa e, assim, vou levando com os poder de Deus e da Virgem Maria, pois é”.*

(Dulce - 86 anos)

De acordo com a rapidez de ação, os medicamentos são classificados em “fortes” e “fracos”. Os “remédios de mato” são, geralmente, considerados “fracos”, porque os seus efeitos são lentos. Já os “remédios de farmácia”, se vêem como os mais “fortes”, graças aos seus rápidos efeitos.

Conforme a eficácia e rapidez de ação, os “remédios de farmácia” se classificam em “fortes” e “fracos”. Os medicamentos injetáveis, embora dolorosos, são tidos como os mais “fortes”, em decorrência da sua rápida ação e a sua poderosa eficácia. Os medicamentos orais, ao contrário, se têm como “fracos”, uma vez que os seus efeitos se revelam lentamente. O

depoimento de Sr Amaral, que se encontrava internado em um dos hospitais pesquisados, é bastante ilustrativo:

*“A injeção é mais ligeiro, né? É forte, né? Mas, aqui eu tomo de tudo. É cachete, injeção, é tudo. Mas, o melhor mesmo é a injeção, embora doa, né? (risos) [...]”*  
(Amaral - 81 anos)

É interessante ressaltar que, embora os medicamentos injetáveis sejam contemplados como os mais “fortes”, também se julgam como os mais perigosos, justamente pelos possíveis danos que poderão causar ao organismo:

*“Um primo de minha mãe aplicou uma injeção em mim que doeu 30 dias. Ai, eu fui pá Patos e lá procurei doutor Alcibiades e ele disse que tinha atingido o nervo. Eu disse: tá bom, nunca mais eu tomo essa danada. Quando eu quero tomar injeção, eu venho pá o hospital[...]”*  
(Amaral - 81 anos)

Os antibióticos, independentemente de serem orais ou injetáveis, classificam-se como “fortes”, devido a sua eficácia, isto é, produzir o efeito desejado. Contudo, pelos riscos potenciais de efeitos colaterais, em muitos casos, são temidos e, até mesmo, repudiados. Assim, D. Valquíria relatou:

*“[...] eu não sei de que tipo foi essa crise que eu tive, essa crise tão forte, né? Que eu cheguei a urinar sangue até, né? (Falou baixo). Mas, a medicação que esse médico passou foi antibiótico, né? Antibiótico sempre vai no fundo mesmo, né? (risos). Eu tenho tanto medo de antibiótico, mulher, às vezes pode dar problemas também, né?” [...]”*  
(Valquíria - 29 anos)

Demonstrando a mesma compreensão, um rezador discorreu:

*“Eu passo muito remédio de mato, porque tem muitas pessoas que eu não gosto de passar remédio de farmácia, porque o organismo dela*

*não suporta mais o antibiótico não, porque é o que eu tenho mais medo. Porque intoxica, fia, dá pobrema de alegia, dá pobrema de ... cardiaco, dá pobrema de dirmaiar, dá vários pobrema, fia. O antibiótico, ele é uma coisa que ele cura, mas ele mata mais do que cura, fia [...]* (Damião - 60 anos)

Alguns usuários acreditam, apenas, nos medicamentos que produzem efeitos rápidos, de modo que suspendem os tratamentos quando não imediatos os resultados:

*“Se eu comprar o remédio e hoje tomar e amanhã sentir alívio, eu tomo. Mas, se não, eu deixo, porque não seive, né? O remédio, quando seive, é da primeira vez, né? Como bem, você tá pá morrer e quando dá aquela injeção que a gente suspira, né? (risos) (Eunice - 78 anos)*

O consumo de medicamentos, em termos gerais, principalmente, os da indústria farmacêutica, no conjunto dos usuários entrevistados, bastante significativo, representa um instrumento importante para a cura das doenças consideradas materiais. Mesmo que as suas limitações econômicas e a própria deficiência dos hospitais pesquisados em distribuí-los dificultem sua aquisição, a prática freqüente dos políticos locais, que autorizam algumas farmácias da cidade a fornecerem os medicamentos necessários aos seus eleitores, supre, até certo ponto, essa carência material e simbólica. Embora se reforce, com isto, um circuito de apadrinhamento que os submete a uma carência maior ainda: a carência de direitos e de possibilidades:

*“A gente pede ao prefeito. É, porque hoje mesmo foi um dia que eu vim pedir remédio ao prefeito, porque hoje eu vim com a receita. Tá aqui a receita, mas eu não tinha o dinheiro pá comprar”.* (Mara - 41 anos)

*“Agora mesmo eu tô com duas receitas ali, aliás, três. Tô com três receitas ali. Uma é pá eu pegar lá no hospital amanhã e as outras é pra eu comprar. Mas, então, tem uns benditos de uns candidatos por aí (risos), que eu vou ver se eles me dá.” (risos) (Laura - 56 anos)*

Quando classificam as doenças em “espirituais”, “do ar”, de acordo com as suas crenças religiosas, imputam-nas a castigo ou provação de Deus, à mediunidade não desenvolvida, a uma possessão por um espírito mau, a forças negativas de um olhar ou de um sentimento ou de uma ação maléfica praticada por alguém que lhe deseja o mal, apelam para os rezadores, e vão ao Centro Espírita ou aos cultos religiosos em busca da cura.

Os que são filiados ao catolicismo e, comumente, apreendem a doença espiritual como sendo decorrente de forças negativas de um olhar (mau-olhado) ou de um sentimento (inveja), comentaram que, nestes casos, procuram os rezadores, “[...] intermediários entre o homem e o sagrado”<sup>91</sup>. Para eles, os rezadores são veículos dos poderes de Deus e, por isso, os únicos capazes de curar tal mal:

*“Quando os meus meninos tava com oiado, eu levava pá uma velhinha que tinha lá, pra ela rezar. Essa velhinha já morreu, ela rezava tanto, ela era tão boa ... eu levava porque os médicos não entendem disso, não, é só quem reza, médico não cura oiado não, é só quem reza”.*

(Mara - 41 anos)

Já para aqueles filiados ao Protestantismo, particularmente os que são membros da Igreja Congregação Cristã do Brasil, os quais classificam as doenças espirituais após vários insucessos em busca da cura, através de tratamentos médicos, e que as explicam como sendo um castigo ou provação de Deus, recorrem aos cultos religiosos, onde a glória de Deus poderá se manifestar nas palavras do “cooperador”<sup>92</sup> e serem curados. Para esses usuários, a cura do espírito é atribuída à vontade de Deus, enquanto que a cura da matéria é um problema de ordem médica. A narrativa abaixo é bastante ilustrativa nesse sentido:

*“[...] a doença espiritual, às vez acontece, que nem, óia, o meu joelho era dessa grossura, eu chegava na Igreja, eu tinha vontade de pedir ao cooperador pra eu não me ajoelhar, porque eu não aguentava, era. E um dia, pra honra e glória de Deus, por um testemunho Deus me curou do meu joelho. Foi assim, um rapaz, ele foi pá Igreja, ele ia operar de uma hérnia, ai ele foi pá o culto, né? E lá na hora o irmão*

<sup>91</sup> - LAPLANTINE, Francois e RABEYRON, Paul - Louis. *Medicinas Paralelas*. São Paulo: Brasiliense, 1989. p.56

<sup>92</sup> O “cooperador” é a pessoa responsável para conduzir o culto na Igreja Congregação Cristã do Brasil, diferentemente de outras denominações evangélicas que adotam o pastorado.

(cooperador) que tava atendendo o culto, não sabia da vida dele, porque esse irmão, disse que até de fora era. Então, lá na hora da palavra que ele começou a explicar, ele falou: 'com certeza, aqui na Igreja, hoje, tem alguém que tá passando por isso e por isso, né? Então, falou com tudo dele. Então... Deus me revela, Deus me mostra que tu coloque a mão em riba da tua enfermidade, porque tu vai sair daqui curado, tu vai sair daqui são, tu não vai se operar mais, porque Deus tá me revelando que não vai precisar de tu operar'. Então, ele tocou-se que aquela palavra tava falando com ele. Ai, quando ele (cooperador) começou a falar, ele começou a fazer assim (baixou a cabeça e ergueu as mãos), ai Deus me tocou pá eu colocar as mãos nos meus dois joelhos, ai então, eu escutei o testemunho todinho segurada nos meus dois joelhos. Ai, deu dele falar assim: 'tu que já tá curada, pode tirar a tua mão, porque Deus te libertou, tu não tá mais com nada, tu tá sã, tu tá sarada'. Ai, ali eu ... mas, ele não sabia da minha vida, eu nem conhecia ele. Ai, eu fiquei lá. Ai, depois que terminou o culto e eu vim embora, no caminho eu não me lembrei que eu tinha dor no meu joelho, vim embora sem me lembrar que o joelho doia. Depois que eu dei fé, eu digo: 'meu Deus! E a dor do meu joelho acabou?' E até o dia de hoje. E uma que nem essa eu podia ir pá o médico dez vez, que ele não ia me curar. Porque a doença que Deus põe a mão, o homem não, se o homem por a mão lá, Deus tira a dele (risos)".

(Laura - 56 anos)

A filha desta usuária, que professa a mesma religião e encontrava-se presente no momento da entrevista, acrescentou:

*"É porque a gente somos um povo assim, que tá certo, a gente adoece, procura o médico, mas quando a gente vê que o médico não resolve, então entrega nas mãos de Deus. Porque o que for da vontade dele, ele faz. Se for da vontade dele que a gente fique boa, ele cura e a gente fica boa e se não, ele também dá a conformação pa gente sofrer até o dia que ele quiser, porque foi assim que ele provou Jó, né?"*

(Jandira - 37 anos)

Para essas usuárias, seguindo as análises de Delma Pessanha Neves, consultar os médicos e participarem de rituais de cura não são ações excludentes, pois "[...] praticar os dois

*atos é assim obedecer a uma mesma crença; é se valer de diversas formas ou instrumentos de o Espírito Santo derramar ou redistribuir suas benesses”.*<sup>93</sup>

Se curar, no sentido genérico, é reconquistar o estado de normalidade, para essas usuárias, a rigor, o ato da cura é libertar-se, é retomar a harmonia com Deus. A cura significa, pois, “libertação”, libertar-se, do sofrimento, do infortúnio e, portanto, da enfermidade.

*“[...] quer dizer, se eu tenho uma enfermidade, Deus curou, quer dizer que eu tô liberta, né? Não tô mais com aquela enfermidade”.*

(Jandira - 37 anos)

Os adeptos do Espiritismo, que de um modo geral, como já foi dito, atribuem a doença espiritual a uma possessão por um espírito mau, a mediunidade não desenvolvida ou a uma ação maléfica praticada por alguém que lhe deseja o mal, etc., vêm a cura como “limpeza” e como uma questão de fé. E, para tanto, procuram o Centro Espírita ou os rezadores para que, pela oração ou manipulação de forças sobrenaturais, sejam curados dos males que padecem.

A eficácia da cura, para esses usuários, está pautada numa crença, crença nos poderes daqueles agentes intermediários de cura e na aptidão das técnicas por eles utilizadas. Isso seria o que Claude Lévi-Straus, denominou de “eficácia simbólica”, ao se remeter para o processo de cura xamanista.<sup>94</sup>

Mas como, para esses usuários, a doença espiritual fere a matéria e vice-versa, para que a cura se dê na sua plenitude, faz-se necessário, pois, limpar tanto a matéria quanto o espírito. Por essa razão, paralelamente ao tratamento do espírito, buscam tratamento para a matéria. Recorrem aos médicos, aos rezadores ou ao Centro Espírita, muitas vezes ao mesmo tempo para uma só enfermidade. O depoimento de D. Maria, obtido na “sala de espera” de um rezador, retrata essa trajetória:

---

<sup>93</sup> - NEVES, Delma Pessanha. *Op. cit.* (nota 69) p. 43

<sup>94</sup> - Cf. CASTEL, Luis David. *O Buraco e o Avestruz: a singularidade do adoecer humano*. Campinas. SP: Papirus, 1994, que faz um breve comentário da noção de “eficácia simbólica” inaugurada por Claud Lévi-Straus em 1949.

*“Ele sempre reza em mim. Logo, ele disse o principal em mim, que eu sou média, num sabe? Quando eu vim pra ele, eu já sabia que eu era, eu já rezava. Ai, ele fortificou minha reza, me ensinou mais coisa. Agora, eu não faço profissão no espiritismo não, mas, se você precisar de mim, eu rezo em você, também faço a mesma coisa que ele faz. Porque o meu problema era mais espiritual. Se fosse só os médicos, eu acho que eu já tinha morrido. Eu já fiquei em coma 4 vezes. Mas também ele disse que eu tenho problema cardíaco. Mas se eu não tratasse no espiritismo, também eu ia morrer logo. Mas, como eu conheci ele, pronto. Eu só vivia internada, morrendo e não sabia o que era e só acusava coração e pressão alta”. (Maria - 43 anos)*

Na verdade, para o conjunto dos usuários entrevistados, a cura das doenças está incluída entre as suas maiores aspirações. Com o desejo de serem curados, organizam um arsenal terapêutico, lançando mão de pedaços de imagens, experiências, opiniões e saberes guardados na memória e deixam claro que somente Deus é capaz de curar. Eles revestem Deus com o manto da cura e assim concluem:

*“[...] Nós, quando adoecer aqui, nós faz tanta coisa (risos), nós peleja tanto, tanto, mas quando Deus não quer, não tem jeito. Deus é quem cura, né? Não é mesmo? Não é verdade?”*

(Lucrécio - 50 anos)

Em virtude do exposto, é inevitável concluir que entre esses usuários existe um sistema explicativo, não necessariamente integrado, acabado, para lidar com a prevenção e com a cura, ainda que possa, talvez, aos olhos do observador, apresentar, de imediato, ambiguidades e contradições. Mas ele aparecerá como coerente, quando considerado no âmago das condições em que é organizado, alcançando as emoções, as intenções, as crenças, os valores e saberes sobre os quais se assenta tal sistema.

E, assim, debatendo-se com a doença, vão edificando, pela vida afora, uma ciência de “cuidar” e de “curar”.

## Conclusão

Depois de minha inserção e passagem por esse contexto, pude perceber que não adentrei apenas o espaço físico dos hospitais e seus setores, mas também o universo que vai além dessa dimensão material, mundo das representações dos sujeitos sociais que lá buscavam a cura para os seus males.

A partir de um material empírico obtido, por meio de uma investigação, este trabalho foi elaborado. Em torno da interpretação da fala, dos gestos e dos silêncios dos entrevistados, expressos numa relação de intersubjetividade entre informante e pesquisador, estes resultados foram registrados. Portanto, o que aqui se encontra é o fruto dessa relação, é a interpretação sobre os enunciados discursivos e não-discursivos e a tentativa de compreensão sobre o universo, a partir do qual, eles falam. São análises de experiências pessoais, que retraçam o cotidiano do grupo pesquisado e de uma determinada sociedade, em um tempo específico.

Esta experiência me conduziu a uma constatação que considero por demais importante. Os usuários estão, a todo instante, elaborando explicações para o grande drama da humanidade: o adoecimento e a morte. Explicações pautadas em um modelo que foge aos parâmetros científicos, sem, no entanto, invalidar a sua funcionalidade.

Pode-se dizer que a conceituação de saúde, dada por eles, extrapola a idéia da ausência de doença. Ela engloba o conjunto de suas condições de vida, aspirações, desejos e relações sociais. Ali, nos hospitais, em momentos em que estavam longe dos olhares dos “doutores”, junto com seus pares ou em suas casas com os familiares e amigos, a doença era contada não apenas como um sintoma, mas como um complexo no qual se insere a sua realidade. A dor, o sofrimento, o sintoma têm o seu contexto na vida, são acoplados a eles, pelas suas percepções, suas precárias alimentações, suas condições penosas do trabalho cotidiano, entre outras.

Não obstante, saúde e doença não estão adstritas apenas ao âmbito material, pois estas também se passam enquanto bem ou mal do espírito, uma vez que o corpo é pensado como sendo uma dualidade composta por uma dimensão material e uma dimensão espiritual. Assim, qualquer dessas dimensões que se abale, abala essa totalidade.

Essas representações possuem em si uma carga de determinismo sobrenatural, quando eles atribuem à vontade de Deus a vida e a morte, a doença e a cura, a saúde e a força. É como se tudo isto fosse permitido por Deus, e às vezes eles se vissem desprovidos de meios para manter a saúde, essa dádiva divina.

Tal compreensão nasce e se transforma no contexto global da sociedade, onde estão presentes os distintos grupos sociais, resultado da inserção dos diversos atores sociais na condição de promotores de uma concepção frente a outras, numa relação de dominação e subordinação. Tanto, assim, que grande parte das sensações mórbidas são descritas, a partir de fragmentos do discurso do médico. Ou então, quando muitos dos termos médicos são incorporados e passam a compor o vocabulário cotidiano, através de reelaborações.

A religião seria, também, outra fonte influenciadora dessa visão de mundo. A partir dos princípios de cada crença, esses usuários desenvolvem peculiaridades quanto ao entendimento acerca da saúde, da doença, da cura, do mundo e da própria vida. Consequentemente, desenvolvem expectativas distintas, muitas vezes, e utilizam-se de trajetórias de busca da cura diferentes.

Apesar de suas ações derivarem dessas representações, e vice-versa, nas quais estão presentes a incontestável vontade de Deus, a força do mundo sobrenatural e a própria vulnerabilidade em que se encontram diante de todos esses mistérios, eles paradoxalmente demonstram a necessidade de manter ou reestabelecer a saúde por meio de práticas preventivas e curativas. Descrevem uma dieta que consideram ideal para a preservação da saúde, descrevem hábitos de higiene, não apenas a nível material mas também espiritual, estabelecem nexos de causalidade entre certas doenças e o trabalho que exercem cotidianamente e constroem um arsenal terapêutico, no qual o medicamento aparece como um dos instrumentos, embora não seja o principal, já que se utilizam de outros: rezas, orações, banhos de limpeza, etc.

O estado de pobreza é descrito aqui como sendo o obstáculo maior para o cumprimento das práticas de prevenção das doenças, bem como das práticas curativas, daí por que se consideram além de pobres, mais susceptíveis às doenças. Pensam a experiência da pobreza como a negação do direito à saúde, à cura e até à vida. Além do mais, percebem que a assistência médica em Princesa Isabel dirigida a eles é precária, justamente porque são pobres. Demonstram uma dependência dos favores políticos, da urbanidade dos profissionais da saúde e da própria

instituição hospitalar. Essa dependência reafirma o estado de exclusão a que são submetidos, evidenciado sobretudo, nas situações de mercê. Contam, em suas convicções, com a sorte e a proteção divina, apenas. No entanto, embora vivendo em situação de subordinação, pode-se notar quanto eles são capazes de reelaborar e produzir mecanismos de apropriação.

Eles dividem o mundo entre pobres e ricos, certos de que aos ricos é garantido tudo o que a eles lhes é negado. Isto faz com que demonstrem, nas entre linhas, um parâmetro de cidadania, reconhecendo sua penúria e seu abandono e ressentindo-se da carência econômica e até cultural em que vivem.

No que se refere às práticas curativas, estas se baseiam na classificação que fazem das doenças: as “graves”, “fortes”, de âmbito material são submetidas a tratamentos médico-farmacêuticos; as “fracas”, “leves” são submetidas aos conhecimentos terapêuticos familiares; e as “espirituais”, que muitas vezes são assim consideradas, após se esgotarem todos os recursos médicos, passam a ser tidas como de outra instância, a instância sobrenatural.

A visão que têm do corpo faz com que busquem tratamentos muitas vezes concomitantes, por acreditarem que um mal físico refletirá prejuízos para o espírito e vice-versa. Também, os princípios religiosos farão com que, muitas vezes, busquem um ou outro tipo de tratamento.

Os credos que reafirmam o poder da cura pelo “instrumento divino”, como no caso dos membros da Igreja Congregação Cristã do Brasil, favorecerão que o indivíduo seguidor de tal religião busque não apenas os benefícios da fé, mas que considere a possibilidade da cura pela via dos remédios, das terapias e prescrições médicas. É, por assim dizer, como cada instância pudesse ser acionada em momentos determinados.

Enquanto instância curativa, o hospital ao longo da sua história tem sofrido modificações quanto ao seu papel. Se antes, como verifiquei no capítulo II, tinha uma missão caritativa, destinada ao recolhimento dos pobres e desprotegidos, em forma de morredouro, hoje, configura-se como um espaço de cura, de formação de saberes terapêuticos e como o lugar, por excelência, da segregação, do confinamento e da paciência. Uma estada no hospital é, neste contexto, o que mais se teme. É o caso extremo que se procura evitar.

Mas, embora sendo formador de saber, o hospital pouco tem considerado os saberes dos seus usuários, principalmente quando estes são “pobres”, em geral tidos como “ignorantes”,

“desinformados” e “rebeldes”, os que são considerados “quadros em branco”, passíveis de uma aceitação muda.

Se muitas vezes os saberes desses usuários se contrapõem às designações médicas por serem considerados de senso comum, é papel dessa instituição, acredito, não se limitar somente ao plano curativo, mas ser um locus de um jogo de convencimento, onde haja o diálogo com resultados pedagógicos e a socialização desses saberes.

Ora, se é viável que a população incorpore termos médicos e, de modo facilitado, os insira em seu cotidiano, é possível também, que sua passagem pela instituição hospitalar resulte numa aprendizagem positiva, por parte dela havendo o embricamento entre os saberes. Isto teria como consequência o reconhecimento dos usuários como cidadãos e não simplesmente como pacientes, despojados de autonomia.

A quem a instituição hospitalar de hoje é destinada? Aos doentes, função curativa de reposição de uma força de trabalho para o mercado. Mas, a que doentes? Não ao doente “pobre”, “ignorante” e “rebelde”, pois este se torna excluído. Esta exclusão não se evidencia apenas pela falta de acesso aos hospitais, mas sim pela forma como se dá a sua permanência neles. O acesso não se constitui apenas em uma vaga, um leito, mas sim, e também, na qualidade do serviço. Este sim, configura-se na resolutividade dos casos, na possibilidade do diálogo com os profissionais e no reconhecimento dos seus direitos enquanto cidadão.

O Estado, enquanto promovedor de um sistema público de saúde, tem olhado com bastante descaso a real importância desse serviço para a população-usuária pobre, cujo único serviço de saúde de que dispõe é o público.

Assim, é de responsabilidade do Estado esta exclusão. Por outro lado, o tipo de formação que os profissionais da área de saúde recebem, valorizando muito mais o conhecimento técnico da ciência médica, acaba desconsiderando a necessidade de um entrelaçamento disciplinar, e com isso impossibilitando a compreensão dos significados dos comportamentos humanos e o uso eficaz dessa ciência em benefício da coletividade.

Ademais, o próprio Estado desvaloriza ainda mais o saber médico, quando remunera parcamente os profissionais de saúde, ou quando trata a pesquisa científica como um luxo desnecessário. O cidadão que contribui para a manutenção dos serviços públicos de saúde, pela via

dos impostos diretos e indiretos, tão logo careça de sua prestação, é tratado como um pedinte, indigente.

Entretanto, pode-se dizer que a luta desses usuários pelo direito à saúde, à vida, existe, mesmo permanecendo balbuciante sua elaboração. Na situação da pobreza, organizam suas dietas, praticam os seus hábitos de higiene, buscam forças sobrenaturais, a proteção divina, as farmácias, os hospitais, os rezadores, os cultos religiosos, e assim, criam estratégias defensivas para se protegerem contra as forças que os empurram em direção à doença. Eles elaboram uma visão de mundo, conjugando toda uma sabedoria que, ao mesmo tempo, reflete e extrapola a situação dominante/dominado.

Essa relação de poder não supõe que esses usuários sejam vítimas passivas. Nos dois pólos da relação, existe poder, embora em doses fundamentalmente desiguais. As suas palavras não foram aqui proferidas com destino ao esquecimento, mas urge, portanto, o direito de participarem do banquete da vida. Suas “frágeis” figuras se agigantam diante de suas palavras, palavras que retratam uma vida, um momento histórico e uma determinada sociedade.

Este estudo traz para o cenário acadêmico a situação do uso dos hospitais públicos no município de Princesa Isabel – PB, ainda que reflita uma análise sobre o sistema público de saúde no Brasil.

Tal análise não se esgotou nem se esgotaria numa só obra. A amplitude do tema permite a variedade de interpretações, de leituras da realidade e a possibilidade da discussão da problemática. Deixo que as luzes da ribalta permaneçam acesas para que outra cena se desenvolva e possa ser observada sob a ótica de outros observadores.

## Bibliografia

- ALVES, A. Rubem. *Religião e Enfermidade*. In: MORAIS, J.F. Regis (org.) *Construção Social da Enfermidade*. São Paulo: Cortez & Moraes, 1978.
- AROUCA, Antônio Sérgio da Silva. *O Trabalho Médico, a Produção Capitalista e a Viabilidade do Projeto de Prevenção*. In Revista Encontros com a Civilização Brasileira, nº 1, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978, p. 132-155
- AZEVEDO, Arthur de Carvalho. *Cardiologia Clínica*. São Paulo: Sarvier, 1994.
- BERGER, Peter L, LUCKMANN, Thomas. *A Construção Social da Realidade: tratado de sociologia do conhecimento*. Petrópolis: Vozes, 1973 (Coleção Antropologia, n. 5)
- BOLTANSKI, Luc. *As Classes Sociais e o Corpo*. 3ª ed., Rio de Janeiro: Graal, 1989
- BONTEMPO, Márcio. 1952. *Iniciação à Medicina Holística*. Rio de Janeiro: Record, 1995
- BORGES, Sherrine Maria Njaine. *Assistência Integral à Saúde da Mulher e os Serviços Básicos de saúde: a relação profissional de saúde/mulheres*. In: Anais da I Conferência Nacional "Saúde e Direitos da Mulher". Brasília: 10-11 maio 1986.
- BRAGA, José Carlos de Souza, PAULA, Sérgio Goes. *Saúde e Previdência: estudos de política social*. São Paulo: Cebes - Hucitec, 1981
- CADERNOS DE SOCIOLOGIA. *Saúde Coletiva*. V. 7, Porto Alegre: UFRGS / PPGS, 1995

CALDEIRA , Teresa Pires do Rio. *A Política dos Outros: o cotidiano dos moradores da periferia e o que pensam do poder e dos poderosos*. São Paulo: Brasiliense, 1984.

CANGUILHEM, Georges. *O Normal e o Patológico*. 3ª ed., Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990 (Coleção Campo Teórico)

CAPRA, Fritzof. *O Ponto de Mutação*. São Paulo: Cultrix, 1982

CARDOSO, Ruth C. L. *Aventura de Antropólogos em Campo ou Como Escapar das Armadilhas do Método*. In: CARDOSO, Ruth C. L. (org.) *A Aventura Antropológica: teoria e pesquisa*, 2ª ed., Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988

CASTIEL, Luís David. *O Buraco e o Avestruz: a singularidade do adoecer humano*. Campinas: Papyrus, 1994.

CHAMMÉ, Sebastião Jorge. *Educação para a Doença*. In: Revista Saúde em Debate nº 44. Londrina: CEBES, 09/94, p. 32-34.

COHN, Amélia [et all]. *A Saúde como Direito e como Serviço*. São Paulo: Cortez., 1991, (Pensamento Social e Saúde; V. 7).

CONSTITUIÇÃO FEDERAL DO BRASIL. Título VIII da Ordem Social. Capítulo II., seção II  
Rio de Janeiro: FAE, 1989

DAMATTA, Roberto. *Relativizando: uma introdução à antropologia social*. 4ª ed., Rio de Janeiro: Rocco, 1993

DEJOURS, Christophe. *A Loucura do Trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. 5ª ed., São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

DINIZ, Izidio Salustiano. *Memórias de um Raizeiro*. Cadernos de Educação Popular nº 18. Petrópolis: Vozes / Nova, 1991

DURKHEIM, Emile. *As Formas Elementares da Vida Religiosa: o sistema totêmico na Austrália*. São Paulo: Abril Cultural, 1978, (Coleção "Os Pensadores")

\_\_\_\_\_ *Representações Individuais e Representações Coletivas*. In: *Sociologia e Filosofia*. 2ª ed., Rio de Janeiro: Forense-Universitária. 1970.

EQUIPE das Comunidades de Base e de Agentes da Diocese de Goiás. *O Meio GRITO: um Estudo sobre as Condições, os Direitos, o Valor e o Trabalho Popular Associados ao Problema da Saúde em Goiás*. IN: BRANDÃO, Carlos Rodrigues (org). *Pesquisa Participante*. São Paulo: Brasiliense, 1981.

EVERALDO, Duarte Nunes. (org.); *Pensamento Social em Saúde na América Latina*. São Paulo: Cortez/Abrasco, 1989 (Pensamento Social em Saúde; vol. 5)

FARR, Robert M. *As Representações Sociais: a teoria e sua história*. In: PEDRINHO, A. Guareschi, SANDRA, Jovchelovitch (orgs.). *Textos em Representações Sociais*. (prefácio de Serge Moscovici), 2ª ed., Petrópolis: Vozes, 1995

FIGUEIREDO, Vilma de Mendonça (coord.) *Questão Agrária e Saúde no Brasil Contemporâneo*. In: *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, nº 59. V. 15, julho - agosto - setembro / 1987 - p. 8 - 16

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. 7ª ed., Rio de Janeiro: Graal, 1979.

GORDON, Richard. *A Assustadora História da Medicina*. 8ª ed., Rio de Janeiro: Ediouro, 1997

GUARESCHI, Pedrinho A., JOVCHELOVITCH, Sandra (Orgs.) *Textos em Representações Sociais*. 2ª ed., (prefácio de Serge Moscovici). Petrópolis: Vozes, 1995

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo Demográfico 1991*. Paraíba - Rio de Janeiro: IBGE, 1994.

---

ENCICLOPÉDIA DOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS.

Paraíba: IBGE, 1960.

INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO MUNICIPAL E ESTADUAL DA PARAÍBA. Anuário Estatístico da Paraíba. 1995. João Pessoa: IDEME, 1995

JODELET, Denise. *Representação Social: fenômenos, conceito e teoria*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1988 (mimeo).

KLOETZEL, Kurt. *O que é Medicina Preventiva*. São Paulo: Abril Cultural - Brasiliense, 1985 (coleção Primeiros Passos; nº 44)

LANDMANN, Jayme. *Evitando a Saúde & Promovendo a Doença*. 2ª ed., Rio de Janeiro: Achiamé, 1982

LAPLANTINE, François. *Antropologia da Doença*. São Paulo: Martins Fontes, 1991

\_\_\_\_\_ & RABEYRON, Paul-Louis. *Medicinas Paralelas*. São Paulo: Brasiliense, 1989

LEITÃO, Maria Sá. *O Psicólogo e o Hospital*. Porto Alegre: Sagra - Dc Luzzatto, 1993

LÉVI - STRAUSS, Claude. *O Pensamento Selvagem*. 2ª ed., São Paulo: Nacional, 1976

LOYOLA, Maria Andréa. *Médicos e Curandeiros: conflito social e saúde*. São Paulo: Difel. 1984.

\_\_\_\_\_. (coord) *Medicina Popular ou Sistema Paralelo de Saúde*. (projeto de pesquisa). Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social. UFRJ [1977?] (mimeo)

LUZ, Madel Therezinha. *As Instituições Médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. 3ª ed., Rio de Janeiro: Graal, 1986

\_\_\_\_\_. *Racionalidades Médicas e Terapêuticas Alternativas*. In: Cadernos de Sociologia. Saúde Coletiva. V. 7, Porto Alegre: UFRGS / PPGS, 1995

\_\_\_\_\_. [et all]. *Medicina e Ordem Política Brasileira: políticas e instituições de saúde (1850 - 1930)*. Rio de Janeiro: Graal, 1982

MACHADO, Roberto. [et all]. *Danação da Norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978

MARI, Jair, WILLMS, Dennis. *Medicina e Antropologia Fecham Cerco às Doenças*. In: Folha de São Paulo. São Paulo, 21/11/1993. Caderno Mais (06), p. 14

MENDES, Eugênio Vilaça (org.) *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 2ª ed., São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec - Abrasco, 1994

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 3ª ed., São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec - Abrasco, 1994

\_\_\_\_\_. *O Conceito de Representação Sociais dentro da Sociologia Clássica*. In: PEDRINHO, A. Guareschi, SANDRA, Jovchelovitch (orgs.).

- Textos em Representações Sociais*. (prefácio de Serge Moscovici), 2ª ed., Petrópolis: Vozes, 1995
- MIRANDA, Maria Cecília Dias de, CAPACLA, Marta Valéria. *Tu tem Olhado, Quebranto? A Medicina Popular no Contexto Urbano*. In: *Travessia: Revista do Migrante*, nº 20. São Paulo: Publicações do CEM, 09-12/1994, p. 22-24.
- MONTERO, Paula. *Magia e Pensamento Mágico*. 2ª ed., São Paulo: Ática, 1990.
- MORAIS, J. F. Regis de (org.) *Construção Social da Enfermidade*. São Paulo: Cortez & Moraes. 1978.
- MOSCOVICI, Serge. *A Representação Social da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978
- MOURA, Demócrito. *Saúde não se dá: conquista-se*. São Paulo: Hucitec, 1989.
- NEVES, Delma Pessanha. *As "Curas Milagrosas" e a Idealização da Ordem Social*. Niterói: UFF, 1984
- OLIVEIRA, Elda Rizzo de. *O que é Medicina Popular*. 2ª ed., São Paulo: Abril Cultural - Brasiliense, 1985, (Primeiros Passos; 31).
- OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. *As "Categorias do Entendimento" na Formação da Antropologia*. In: *Anuário Antropológico* 81. Fortaleza / Rio de Janeiro: UFC / Tempo Brasileiro, 1983
- PEDRINHO, A. Guareschi, SANDRA, Jovchelouitch (org.). *Textos em Representações Sociais*. (prefácio de Serge Moscovici), 2ª ed., Petrópolis: Vozes, 1995.

- PIRES, Denise. *Hegemonia Médica na Saúde e a Enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1989 (Saúde e Sociedade, v. 14).
- POSSAS, Cristina de Albuquerque. *Saúde e Trabalho: a crise da previdência social*. Rio de Janeiro: Graal, 1981
- QUEIROZ, Marcos de Souza. *Representações sobre Saúde e Doença: agentes de cura e pacientes no contexto do SUDS*. Campinas: Editora da Unicamp, 1991.
- REZENDE, Ana Lúcia Magela de. *Saúde: dialética do pensar e do fazer*. 2ª ed., São Paulo: Cortez, 1989
- RIBEIRO, Herval Pina. *O Hospital: história e crise*. São Paulo: Cortez, 1993
- RIVERA, F. Javier Uribe (org.) *Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico*. 2ª ed., São Paulo: Cortez / Abrasco, 1992, (Pensamento Social e Saúde; v. 2)
- RODRIGUES, Antônio Greco. *Alimentação e Saúde*. (Dissertação apresentada ao programa de pós-graduação em Antropologia Social). Brasília: Unb, 1978 (mimeo)
- \_\_\_\_\_. *Atendimento Médico Institucional: uma visão histórica*. IN: Revista Ariús, v. 3, nº 2. Campina Grande: UFPB / CH, Julho - 1990 / Dez - 1992, p. 79 - 83
- RODRIGUES, José Carlos. *Tabu do Corpo*. 2ª ed., Rio de Janeiro: Achiamé, 1980.
- SÁ, Celso Pereira de. *Núcleo Central das Representações Sociais*. Petrópolis: Vozes, 1996
- \_\_\_\_\_. *Representações Sociais: o conceito e o estado atual da teoria*. In: SPINK, Mary Jane (org.) *O Conhecimento no Cotidiano: as representações sociais na Perspectiva da Psicologia Social*. São Paulo: Brasiliense, 1995.

SENA, Custódia Selma. *Durkheim e o Estudo das Representações*. In: Anuário Antropológico 82. Fortaleza / Rio de Janeiro: Edições UFC / Tempo Brasileiro, 1984

SINGER, Paul. [et all]. *Prevenir e Curar: o controle social através dos serviços de saúde*. 3ª ed., Rio de Janeiro: Forense / Universitária, 1988.

SPINK, Mary Jane Paris. (org.) *O Conhecimento no Cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense, 1995

---

*Desvendando as Teorias Implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais*. In: PEDRINHO, A. Guareschi, SANDRA, Jovchelovitch (orgs.). *Textos em Representações Sociais*. (prefácio de Serge Moscovici), 2ª ed., Petrópolis: Vozes, 1995

---

*Representações Sociais: uma perspectiva interdisciplinar*. In: Mesa Redonda sobre “Representações Sociais, Modismo ou Teoria Psicossocial Consistente”. VI Encontro de Psicologia Social. Rio de Janeiro: Abrapso, 8-11, maio de 1991. (mimeo)

TELAROLLI JÚNIOR, Rodolpho. *Poder e Saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo*. São Paulo: UNESP, 1996.

THIOLLENT, Michel. *Metodologia da Pesquisa - Ação*. São Paulo: Cortez / Autores Associados, 1985 (coleção Temas Básicos de pesquisa - Ação)

TIAGO, Zeca. *Do Fruto à Raiz*. Cadernos de Educação Popular nº 6. Petrópolis: Vozes / Nova, 1984.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. *A Terapêutica Médica e as Práticas Populares de Saúde*. In: *Revista Saúde em Debate*. Nº 49/50. Londrina: CEBES, 12/95 – 03/96, p. 101-110.

VERONESI, Ricardo [et all]. *Doenças Infecciosas e Parasitárias*. 6ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A., 1976.

YASBEK, Maria Carmelita. *Classes Subalternas e Assistência Social*. São Paulo: Cortez, 1993

**ANEXOS**

## PERFIL DOS INFORMANTES

Nome	Idade	Profissão	Estado Civil	Nº de filhos	Escolaridade	Religião	Local de Moradia	Situação da Entrevista
Amaral	81	Agricultor ( proprietário)	Casado	13	Primário incompleto	Católica	Sítio Jatobá (2 Km)* Princesa Isabel	Enfermaria
Amélia	19	Agricultora (diarista)	Casada	01	Nenhuma	Católica	Tavares – PB (18 km)	Enfermaria
Arlete	31	Agricultora (diarista)	Casada	04	Nenhuma	Católica	Juru - PB (33 km)	Enfermaria
Catarina	60	Funcionária pública municipal	Casada	14	Nenhuma	Católica	Princesa Isabel	Ambulatório
Eunice	78	Agricultora (aposentada)	Casada	11	Nenhuma	Católica	Princesa Isabel	Ambulatório
Isabel	24	Agricultora (diarista)	Casada	01	Primário incompleto	Católica	São José – PB	Enfermaria
Ivone	47	Agricultora	Casada	04	Nenhuma	Católica	Sítio Rajada Juru – PB	Ambulatório
Jandira	37	Agricultora (diarista)	Casada	05	Primário incompleto	Protestante	Princesa Isabel	Residência dos pais
João	64	Agricultor (diarista)	Casado	09	Nenhuma	Católica	Princesa Isabel	Ambulatório
Júlia	37	Comerciante (ambulante)	Casada	03	Nenhuma	Católica	Tavares – PB	Enfermaria
Laura	56	Agricultora (aposentada)	Casada	11	Primário incompleto	Protestante	Princesa Isabel	Ambulatório
Leila	30	Dona-de-casa	Casada	05	Nenhuma	Católica	Juru – PB	Enfermaria
Lourival	60	Agricultor (aposentado)	Casado	11	Nenhuma	Protestante	Princesa Isabel	Residência

\* Distância entre a cidade (Princesa Isabel) e o Local de residência do informante

Lucrécio	50	Agricultor (proprietário)	Casado	07	Nenhuma	Católica	Sítio Cabeça de Porco (6 km) Princesa Isabel	Residência de um rezador
Luzinete	22	Agricultora (diarista)	solteria	01	Nenhuma	Católica	Jericó (PE)	Enfermaria (acompanhante)
Magda	46	Agricultora (diarista)	Casada	08	Nenhuma	Católica	Sítio Minadouro (4 km) Princesa Isabel	Ambulatório
Mara	41	Agricultora (proprietária)	Casada	06	Primário incompleto	Católica	Sítio Olho d'água (12 Km) Princesa Isabel	Residência de um vereador
Maria	43	Funcionária pública federal	Casada	03	Ginásio	Espírita	Serra Talhada -- PE (36.2 Km)	Residência de um rezador
Marluce	57	Agricultora (diarista)	Casada	07	Nenhuma	Católica	Sítio Lagoa de São João (4Km) Princesa Isabel	Ambulatório
Mirtes	44	Agricultora (diarista)	Casada	11	Primário incompleto	Católica	Jericó - PE	Ambulatório
Paulina	37	Dona-de-casa	Casada	02	Nenhuma	Católica	Sítio Gavião (3km) Princesa Isabel	Ambulatório
Rita	44	Dona-de-casa	Viúva	02	Nenhuma	Católica	Princesa Isabel	Enfermaria
Severo	45	Agricultor (proprietário)	Casado	-	Nenhuma	católico	Princesa Isabel	Enfermaria
Simone	25	Agricultora (diarista)	Casada	02	Nenhuma	Católica	Sítio Gavião Princesa Isabel	Ambulatório
Valquíria	29	Cabeleireira	Casada	-	2º grau	Espírita	Serra Talhada - PE	Residência de um rezador
Alberto	48	Médico	Casado	04	3º grau	católico	Princesa Isabel	Repouso médico (hospital)
Pedro	43	Médico	Casado	03	3º grau	católico	Princesa Isabel	11º Núcleo Regional de Saúde

Cláudio	34	Enfermeiro	Casado	-	3º grau	católico	Princesa Isabel	Diretoria (Hospital)
Silvia	25	Enfermeira	Solteira	-	3º grau	Católica	Princesa Isabel	Enfermaria (desativada)
Solange	35	Enfermeira	Casada	02	3º grau	Católica	Princesa Isabel	Sala de enfermagem (hospital)
Marizete	68	Auxiliar de enfermagem	Solteira	-	Ginásio	Católica	Princesa Isabel	Enfermaria (desativada)
Ofélia	40	Ecônoma	Casada	02	2º grau	Católica	Princesa Isabel	Refeitório (hospital)
Jeremias	39	Comerciante (proprietário de Farmácia)	Casado	04	1º grau	Católica	Princesa Isabel	Farmácia
Dinorah	60	Agricultora (aposentada) Mãe-de-santo	Casada	05	Nenhuma	Espírita	Princesa Isabel	Residência
Damião	60	Agricultor (proprietário) Rezador	Casado	10	Primário	católico	Sítio Merejo (20 km) Flores – PE	Residência
Dulce	86	Agricultora (aposentada) Rezadeira	Viúva	08	Nenhuma	Católica	Princesa Isabel	Residência
Simão	83	Agricultor (aposentado) Rezador	Casado	04	Nenhuma	católico	Sítio Cabeça de Porco Princesa Isabel	Residência
Ualdina	50	Dona-de-casa Rezadeira	Casada	09	Nenhuma	Católica	Princesa Isabel	Residência

FONTE: Trabalho de Campo