

## **Construção dos sentidos de corpo saúde e doença em distintos contextos sócio-culturais**

Marta Inês Brunelli Caretta/Hospital Dr. Dório Silva [martacaretta@saude.es.gov.br](mailto:martacaretta@saude.es.gov.br)

**Resumo:** Este trabalho visa compreender os limites, impasses e entrelaçamentos entre os discursos e práticas próprias às políticas da saúde do município de Vitória-Es e os itinerários terapêuticos utilizados por moradores dos bairros de classes populares - Piedade e Fonte Grande, situados em áreas de grande vulnerabilidade social – no tratamento de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes. Ao enfatizar a necessidade de se integrar o modelo biomédico aos campos “psico” e “social” como forma de ampliar a abordagem da pessoa e da doença, essas políticas não relativizam os pressupostos que fundamentam suas práticas e seu limite de intervenção em universos culturais cujas concepções de pessoa, corpo e doença não estão ancorados nos pressupostos modernos da biomedicina e da singularização dos sujeitos. Nos contextos das classes populares, a noção de “perturbação físico-moral” parece mais apropriada para compreender o modo como esses grupos lidam com os processos de adoecimento e suas terapêuticas, que, sem negar ou abrir mão das tecnologias biomédicas, imprimem uma outra lógica cultural de lidar com o corpo, com a saúde. A construção social da doença nas classes populares, conforme estudos antropológicos, esta indissociada de alteração nas atividades cotidianas regulares ou ainda ser merecedora de uma maior atenção no momento em que começa alterar as atividades cotidianas. Em outras palavras, a experiência do adoecimento se consubstancia e se torna concreta para a pessoa na medida em que interrompe ou impossibilita o desempenho dos papéis regulares socialmente estabelecidos tanto para os homens quanto para as mulheres, quer seja aqueles desempenhados no espaço doméstico (como cuidar da casa, cuidar dos filhos, etc.), quer seja os relacionados à esfera do trabalho remunerado. Assim, a gravidade de um sintoma ou mesmo de um diagnóstico médico será avaliada e, por sua vez, digna de atenção e cuidados (ou não) na medida em se instaura esta “situação-problema”. O que este estudo vem revelando são os limites e impasses na convivência do sistema oficial de saúde com as práticas de medicina popular presente no cotidiano desses sujeitos, que ora se combinam, ora se embatem, ora se recusam, gerando abandono ou “falhas” no tratamento, combinações de diferentes lógicas terapêuticas, ressignificações dos diagnósticos e de condução do “transtorno”. Não considerar estas diferenças é perpetuar a dominação e validação de um modelo cultural sobre o outro.

Palavras-chave: modelo de saúde, classes populares, doenças crônicas, medicina popular

## TRABALHO COMPLETO

### Construção dos sentidos e corpo, saúde e doença em distintos contextos sócio-culturais

Marta Inês Brunelli Caretta<sup>1</sup>

**RESUMO:** Este trabalho visa compreender os limites, impasses entre os discursos e práticas que atravessam as políticas da saúde do município de Vitória-ES, especificamente as desenvolvidas pela Unidade de Saúde da Fonte Grande, e os modos de construção social da pessoa, da saúde e da doença em dois grupos de classes populares localizados nos morros do centro da cidade- Piedade e Fonte Grande, apontando a necessidade de aprofundamento de estudos em antropologia da saúde acerca dos universos simbólicos que sustentam os distintos sentidos destes saberes e práticas institucionais e dos segmentos sociais. Não considerar estas diferenças é perpetuar a dominação e validação de um modelo cultural sobre o outro.

**PALAVRAS-CHAVE:** Antropologia, corpo, saúde, doença

### INTRODUÇÃO

*Este estudo tem por objetivo analisar mediante um enfoque da antropologia da saúde, os universos de valor que compõem e se vinculam aos discursos e práticas dos profissionais em um serviço público de saúde de Vitória e seus embates, entrelaçamentos com os universos sócio-culturais de usuários, moradores dos bairros Fonte Grande e Piedade, considerados por alguns estudos como “comunidades tradicionais”<sup>2</sup> ou “grupos*

---

<sup>1</sup> Mestra em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social/UERJ/2002, Hospital Dr. Dório Silva/Serra/ES, correio eletrônico: martacaretta@saude.es.gov.br

<sup>2</sup> Para maior conhecimento sobre a temática ver: CICCARONE, Celeste. “A igualdade “por baixo” e a escadaria “do céu””: Erradicação da pobreza, ambientalismo e pluralidade num caso de conflito socioambiental na cidade de Vitória”. In: *SINAIS - Revista Eletrônica*. Ciências Sociais. Vitória: CCHN, UFES, Edição n.08, v.1, Dezembro. 2010. pp. 04-53.

*populares” que preservam, até certo ponto, especificidades culturais em um imbricado jogo de força com os valores hegemônicos na sociedade moderna.*

Em um estudo preliminar, buscarei elucidar alguns princípios que fundamentam as políticas públicas de saúde do município de Vitória (especificamente aquelas voltados para pessoas portadoras de doenças crônicas) e sua relativa filiação aos modelos hegemônicos de construção da pessoa, corpo, saúde que se encontram ancorados nos ideais modernos de racionalidade, de cidadania, de autonomia próprios a um processo mais amplos de modernização e de civilização da sociedade brasileira.

Nesse sentido, as diretrizes do Ministério da Saúde, ancoradas nos pressupostos da biomedicina, ampliam sua perspectiva ideológica ao incluir em seus discursos e propostas interventivas uma compreensão bio-psico-social da pessoa alicerçado nos paradigmas modernos do fenômeno saúde/doença. Elaborando uma crítica ao modelo de racionalidade biomédica, que aloca sua prática no corpo e na doença, desconsiderando todo um conjunto de aspectos sociais e psicológicos que participam dos processos de adoecimento, tratamento e cura, esta “nova” abordagem vem enfatizando a necessidade de uma compreensão “integral” ou “bio-psico-social” da pessoa que pretende dar conta da moderna disjunção da ciência médica entre corpo e alma, fato e valor. Sem abrir mão dos saberes biomédicos, esta concepção amplia o espaço para a participação de outros campos de saber ou ainda de outros modelos terapêuticos, buscando alcançar assim uma compreensão “holista” da pessoa. Tal ampliação, entretanto, parece ainda insuficiente quanto de remetida aos universos culturais das classes populares, na medida em que não problematiza de forma consistente as próprias verdades e valores que lhe servem de sustentação.

Embora sendo essa configuração de valor, própria ao modelo técnico-científico, seja tomada como hegemônica na sociedade brasileira, pode-se afirmar que esta sociedade é composta também por toda uma diversidade de configurações que são, por sua vez, irredutíveis àquela. Desta forma, a questão que procuro aqui desenvolver visa justamente apontar para a necessidade premente de estudos que aprofundem a discussão acerca dos limites e contradições próprios ao uso indiscriminado e acrítico das concepções modernas de pessoa, saúde e doença junto à população atendida nos serviços públicos de saúde,

---

partindo do pressuposto — verificado nos mais diversos estudos antropológicos — de que a grande maioria da clientela que frequenta esses serviços é composta por pessoas pertencentes às classes populares, para as quais a difusão dos valores modernos de autonomia, de liberdade, de cidadania, de singularidade não ocorreu da mesma forma e com a mesma intensidade quando comparada aos setores de nossa sociedade que justamente produzem e direcionam as políticas públicas de saúde.

## **O CONTEXTO INTITUCIONAL E LOCAL**

Esta é um trabalho preliminar que faz parte de uma pesquisa qualitativa na área da antropologia da saúde, uma sub-área da antropologia, que vem ganhando destaque dentro da disciplina tanto a nível internacional como nacional.

A opção aqui realizada foi o estudo do modo como os grupos populares constroem a partir de seus sistemas culturais os significados para saúde e doença e suas terapêuticas e o modo como este conjunto de representações simbólicas se entrelaçam com o modelo hegemônico da biomedicina com seus saberes e práticas.

Pensar os significados de saúde e doença exige do pesquisador das ciências humanas um esforço de entendimento da cultura e da sociedade onde estão inseridos os sujeitos adoecidos, as instituições de saúde e seus profissionais na medida em que os significados do que venha ser adoecimento, sofrimento ou perturbação e suas terapêuticas estão inseridas em um imbricado jogo de representações coletivas que constituem sistema comparáveis a outros como o parentesco, a linguagem, etc.

As análises preliminares deste estudo se aproximam metodologicamente das pesquisas empreendidas em minha dissertação de mestrado onde abordei os universos ideológicos que compõem o campo da AIDS e as noções de pessoa a eles solidárias em um serviço público de Medicina integral na cidade do Rio de Janeiro, destacando os entrelaçamentos, incompatibilidades e englobamentos entre os discursos e práticas dos profissionais de saúde da instituição estudada com universo sócio-cultural de um portador do vírus HIV pertencente às classes populares desta cidade.

Seguindo o referencial teórico de L. Domunt (1985) e os estudos brasileiros em antropologia da saúde (Duarte, 1986; Gudes, 1997; Fonseca, 2000) que seguem a vertente deste autor, assim como outros estudos em antropologia da saúde, busquei elucidar pela

prática da pesquisa participante, o quando os significados da AIDS e os diversos itinerários terapêuticos que se fazem presentes neste campo, são construídos segundo lógicas solidárias por um lado ao modelo Individualista Moderno (embutidas nos discursos e práticas do Ministério da Saúde e dos profissionais) e por outro ao modelo de construção Hierárquica do mundo e relacional da pessoa, que se fazem hegemonicamente presente no universo do usuário.

Sem a pretensão de apontar soluções para os impasses observados entre o campo da saúde e suas intervenções junto às pessoas portadoras do HIV/AIDS, busquei formular alguns questionamentos sobre os fundamentos e limitações de tais práticas e a necessidade de se aprofundar os estudos antropológicos dos universos culturais dos usuários ainda pouco compreendidos o que tornam, em vários sentidos, ineficazes os investimentos públicos no enfrentamento do sofrimento daqueles para os quais direcionam suas ações.

Seguindo as pistas levantadas no estudo de minha dissertação de mestrado, busco ancorar, ainda de forma preliminar, algumas análises dos sentidos de saúde e doença construídos por moradores dos territórios da Fonte Grande e Piedade e seus entrelaçamentos com a Unidade de Saúde Fonte Grande que é a referência de atenção básica à saúde destes bairros.

Minha inserção neste território se deu inicialmente pela via da Escola de Samba Unidos da Piedade. Meu interesse pelo samba e por seu universo social, fez com que me aventurasse como ritmista da bateria da Escola. Composta em sua maioria por homens negros da “comunidade”, pode-se dizer que a bateria é um universo tradicionalmente masculino dentro da Agremiação o que tornou minha entrada no grupo bastante complicada. Eu, uma mulher branca, pertencente a outro universo social e sem muitos atributos artísticos, era quase um insulto para os demais ritmistas.

Pude observar suas reações de estranhamento ao me verem tentando aprender a tocar um instrumento gerando muito descrédito em minha permanência enquanto aprendiz de ritmista. Experimentei, na pele, o que é ser o “outro”, o estranho, e a dura sensação de não pertencimento a uma cultura local. Busquei enquanto antropóloga compreender que a minha dificuldade de inserção vinha justamente do fato de não compartilhar de muitos códigos próprios àquele universo e, permanecer na bateria, tornou-se um desafio de

vivenciar a alteridade decodificando as matrizes simbólicas presentes não somente nos membros da bateria, mas na comunidade na qual está inserida a escola de samba.

Há três anos atuando como ritmista me considero ainda uma aprendiz dos códigos culturais que atravessam esse universo complexo e multifacetado. Além de minha atuação na bateria, venho trabalhando com pessoas da comunidade e alguns profissionais, projetos sócio-culturais com crianças e jovens moradoras das comunidades em torno da escola samba visando fortalecimento da cultura local.

Por essa experiência vivida, somado a minha atuação enquanto profissional de saúde e minha formação em Ciências sociais, interessei por iniciar uma pesquisa em antropologia da saúde junto a essas comunidades, que mesmo inseridas no contexto mais amplo da cidade, preservam até certo ponto aspectos de sociedades tradicionais. Reconhecendo, assim, essa polifonia social e a tentativa histórica de aniquilação e “civilização” dos grupos marginalizados pela cultura dominante, se fazem premente, novos estudos que aprofundem o conhecimento em torno da diversidade cultural que possibilitem qualificar o diálogo e o convívio com as diferenças em prol de uma sociedade mais justa e inclusiva.

### ***A UNIDADE DE SAÚDE: SUAS PRÁTICAS E DILEMAS COTIDIANOS***

*A unidade de saúde que atende os moradores das comunidades Piedade, Fonte Grande e Capixaba está situada no bairro da Fonte Grande, em uma ladeira íngreme, de difícil acesso principalmente para moradores idosos, portadores de deficiência física que não dispõem de veículos para se deslocar até a unidade. Segundo alguns moradores há um projeto antigo da prefeitura de construir outra unidade em um local de acesso mais fácil.*

A unidade conta com profissionais médicos, farmacêutico, odontólogo, assistente social, enfermeiro sanitário, agentes de saúde, auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos e agentes de serviços gerais.

Dos serviços e programas desenvolvidos pela unidade vale destacar: Programa da Saúde da Família (PSF), Hipertensão (hipertensão e diabetes), pré-natal para gestantes, saúde do adolescente, saúde do idoso, antitabagismo, controle de natalidade, dentre outros.

Em uma entrevista com uma profissional da unidade procurei abordar quais são suas impressões acerca do serviço, da clientela atendida e os principais desafios que percebe no cotidiano de atendimento aos moradores. A briga pelo controle do tráfico de drogas entre gangues rivais da Fonte grande e Piedade foi apresentada como o principal problema hoje enfrentado pela unidade.

Segundo me informou, o tráfico de drogas vem afetando o desenvolvimento de vários serviços oferecidos pela unidade como, por exemplo, o trabalho desempenhado pelas equipes da saúde família (PSF), pois os profissionais têm medo de percorrer o território que são alvo das disputas dos traficantes, sendo que alguns desses profissionais já sofreram intimidações. Esse tipo de ameaça ocorre também nos domínios da unidade, fazendo que os moradores dos dois bairros deixem de freqüentar a unidade, conforme relatou.

Essa mesma informação foi mencionada por moradores da Piedade. Quando questionei um dos entrevistados dessa comunidade sobre os problemas enfrentados para ter acesso à unidade, este respondeu que tinha medo dos tiroteios freqüentes que ocorre nesta região. No dia seguinte à minha entrevista, foi assassinado um morador nas proximidades do posto que segundo o noticiário, foi motivado pela briga de gangues locais.

O Programa da saúde da família (PSF), um dos carros chefes da atenção básica à saúde, teve suas atividades interrompidas durante todo o ano de 2010 por conta do tráfico e vem tentando retomar as atividades este ano. Uma moradora da região relatou que somente a agente de saúde comparece à sua residência. “Ela vê se estamos precisando de algum remédio e depois vem trazer”. Contudo, outro morador afirma receber visitas dos médicos e enfermeiros quando há algum caso de doença.

Neste contexto, o tema da não adesão aos serviços, é classificado como um dos principais empecilhos à eficácia dos atendimentos oferecidos, tais como:

- Alfabetização de jovens e adultos (houve pouca participação);
- Tabagismo: as pessoas querem ir ao posto pegar as pastilhas e os adesivos de nicotina, mas não querem participar do restante de atividades que são estipuladas para participar do programa, como irem às reuniões, consultar com o psicólogo;
- Também relata pouca adesão ao tratamento de sífilis e tuberculose;

- Controle da natalidade: as adolescentes procuram o posto para pegar anti-concepcional, mas não querem fazer o preventivo e receber os aconselhamentos sobre gravidez e DST's;
- Grupo para gestantes: não querem participar das reuniões que discutem sobre o que venha a ser uma gravidez saudável, a importância do pré-natal, sendo que muitas mulheres não o fazem.

Um estudo de Lo Bianco (1981) a respeito de grupos terapêuticos com gestantes, implementado na década de 70 em uma instituição pública da cidade do Rio de Janeiro, aborda os limites de tal intervenção na medida em que não se aprofunda o conhecimento sócio-cultural dos sujeitos para os quais são direcionadas estas práticas terapêuticas. Segundo a autora, nas falas das mulheres que participavam do grupo, fica nítido que elas não entendiam os motivos de estarem ali. Qual o sentido de pessoas estranhas estarem reunidas em um hospital e serem incentivadas a falar sobre suas vidas? A explicação que mais freqüentemente foi acionada pelos técnicos que participavam desta dinâmica de grupo, para o não entendimento dos objetivos do projeto, estava referida à baixa “capacidade intelectual” das usuárias deste serviço. Contudo, segundo Lo Bianco, não se tratava de uma carência de compreensão das sentenças enunciadas, mas sim do não entendimento do sentido “da própria situação”. Para os técnicos os objetivos estavam claros: proporcionar à mulher grávida todos os cuidados necessários nesse momento tão “importante” de suas vidas, fornecendo-lhes informações fundamentais sobre seu processo fisiológico e “psicológico” e trabalhar as ansiedades que pudessem vir a perturbar sua relação futura com o filho. Porém, ao considerar o quanto estas gestantes não compartilhavam destes mesmos significados com relação à gravidez, a autora pôde observar uma total falta de ressonância entre os objetivos propostos e os sentidos dados pela mulher da sua experiência, o que limitava em muito as relações estabelecidas entre as gestantes e os profissionais psicoterapeutas.

O discurso abaixo descrito parece corroborar com as análises de Lo Bianco, a respeito da falta de ressonância entre as propostas da unidade de saúde e os sentidos dados pelas adolescentes que procuram a Unidade.



“É complicado trabalhar com adolescente. Passar informações. Eles não vêm ao posto. Vêm quando estão sentindo alguma coisa. As meninas não fazem periódicos. Elas vêm para buscar anti-concepcional. Nós condicionamos o medicamento à avaliação médica. Umas aceitam, outras não ...“O preservativo é só ir à farmácia, mas quando o farmacêutico tenta abordar a forma de usar, a prevenção, não existe interesse em conversar, vincular ... “O que falta para atingir essa comunidade, as pessoas? E a gravidez, vem ocorrendo em idades cada vez mais precoce (...)”. (Profissional de saúde)

Segundo informou, são os hipertensos os que mais aderem ao tratamento,

“porque conseguem vivenciar o adoecimento e ver os resultados, mas mesmo assim há muita rebeldia, você vai falar da dieta, do cigarro... não aceitam. Basta tomar o remédio. Quando fala de atividade física não aderem. Tem educador físico. O grupo é pequeno e são mais os idosos que já sofreram a situação da doença e que vêem a importância de fazer a atividade (...)”.

“Os pacientes do programa hiperdia (hipertensão e diabetes) deixam os medicamentos acabarem e depois querem marcar uma consulta de intercorrência. Eles recebem um receituários com validade de 6 meses e são orientados para marcarem nova consulta na quinta vez que retiram o medicamento. Mas isso não ocorre e fazem a maior confusão na unidade, pois querem se consultar no mesmo dia (...)”. (Profissional)

Segundo Duarte & Ropa (1985), esta reflexão em torno dos limites próprios ao uso de tais práticas ganha importância na medida em que os resultados tem sido desanimadores, apresentando altos índices de abandono do tratamento ambulatorial, reinternações e mesmo de ineficácia das práticas terapêuticas. Tais fatores vêm alertando os profissionais e os pesquisadores da área quanto a uma possível inadequação deste sistema de intervenção quando aplicados ao atendimento de uma clientela que não compartilha inteiramente do mesmo universo de representações no qual estão inseridos os profissionais.

Com vem apontando os estudos antropológicos, o modo como os usuários se vinculam aos programas de diabetes, tabagismo, hipertensão, controle da gravidez, dentre outros, que se fundam na idéia da prevenção e controle de algo que pode vir a acontecer parece não se coadunar facilmente com uma compreensão bastante consistente nas classes populares de lidar com a doença enquanto um evento pontual, localizado no tempo e visualizado no corpo, que pode acontecer a qualquer um e sobre o qual não se tem muito controle.

Assim, ao afirmar que são os hipertensos os que mais aderem ao tratamento, pois “conseguem vivenciar o adoecimento”, reforça esta compreensão da doença enquanto uma experiência concreta, percebida em sua fisicalidade e, ao mesmo tempo, valorizada na medida em que provoca uma desestruturação no desempenho das atividades cotidianas, caracterizando o que Duarte (1998, p. 21-22) denomina de *perturbação físico-moral*.

Ao lado do empreendimento etnográfico comparado em si mesmo, a posição aqui defendida implica o questionamento concernente a questões que nos formulamos, a partir desse horizonte cultural que é o nosso, único e inultrapassável. Esse controle epistemológico deveria ensejar pouco a pouco, como já ensejou em outras sub-áreas do conhecimento antropológico, a produção de conceitos um pouco menos etnocêntricos, um pouco menos viciados. Isso implica freqüentemente na noção de novas terminologias ou, pelo menos, na suspensão do sentido das que mais espontaneamente se apresentam a nosso espírito.

Foi nesse sentido, por exemplo, que defendi a adoção da categoria ‘perturbações físico-morais’ para designar congregadamente a área dos fenômenos humanos que na nossa cultura individualista segmenta em ‘doença mental’, ‘possessão’, ‘transe’, ‘distúrbio psíquico’, ‘distúrbio psicossocial’, ‘somatização’ etc. O qualificativo ‘físico-moral’ procurava justamente reconstituir o caráter de vínculo ou mediação de que esses fenômenos se cercavam nas relações entre a corporalidade e todas as demais dimensões da vida social, inclusive, e eventualmente, a espiritual ou transcendental. (DUARTE, 1998, p. 21-22)

As justificativas mais freqüentes oferecidas para a não adesão dos usuários aos serviços e tratamento estão fundamentadas nas ideais de autonomia e responsabilidade dos

sujeitos. Seguindo os mesmos paradigmas que sustentam as diretrizes do Ministério da Saúde, pautados nos ideais de cidadania, autonomia, corresponsabilidade, o modelo implementado pela Secretaria de Saúde do Município e da unidade de saúde em questão, não fogem à regra. Esse enfoque no sujeito tem encontrado apoio no paradigma comportamental, que busca focar as ações de saúde delegando a responsabilidade aos indivíduos.

Programas como tabagismo, obesidade, diabetes, hipertensão, estão ancorados fundamentalmente em estratégias que delegam aos sujeitos a responsabilidade pela mudança de atitudes e de comportamentos de “risco” geradores do adoecimento. Ao delegar ao indivíduo a responsabilidade por seu bem estar, pouco se investe em estratégias coletivas que possam alterar as condições sociais do adoecimento.

“O modelo de gestão está pautado em co-rresponsabilidade, “mas os pacientes não assumem responsabilidade”. A comunidade é muito passiva. Espera muito do serviço e quando este é oferecido não aceita...assistencialista. Não querem assumir responsabilidades e nem fazer prevenção das doenças. “eles passam mal e querem ser atendidos, quando fala de prevenção eles não querem tomar nenhuma atitude. São questões de promoção à saúde. Essas famílias tem que tomar para si as responsabilidades. A própria comunidade não se ajuda; a associação, as lideranças não participam. Há o conselho em todas as comunidades e que são eleitos pelos moradores. para discutir os problemas e as demandas que a comunidade tem em relação ao posto. As reuniões do conselho são mensais, mas só foi possível fazer três este ano e das três somente uma deu quorum. São 18 participantes e para fazer a reunião necessita da metade dos membros”.  
(Profissional de saúde)

O que as novas diretrizes de Ministério da Saúde nós aponta é que a saúde deixa de ser meramente um “bem público” garantido pelo Estado e consumido pela população. O ideal de saúde a ser alcançado é uma combinação entre deveres do Estado e direitos e deveres dos cidadãos. Ao primeiro cabe disponibilizar os recursos necessários (no caso da prevenção às informações) para instrumentalizar as mudanças de comportamentos e atitudes individuais. Ao segundo, além do direito às informações, cabe o dever de zelar

tanto por sua saúde individual como pela saúde coletiva. Assim, o “bom cidadão” é aquele que incorpora as informações e opta por comportamentos “saudáveis”, encorajando os outros a fazerem o mesmo, e o “mau cidadão” é aquele que, por não responder adequadamente aos “conselhos”, coloca em risco a saúde pessoal e coletiva.

Em minhas análises preliminares a respeito do discurso do profissional de saúde, pude observar que o mesmo está intimamente vinculado ao grau de conscientização e de responsabilização para com o outro e consigo próprio, o que, de certo modo, tende a atribuir aos usuários, uma só e mesma construção da pessoa. Nesse sentido, as diferenças percebidas pelos profissionais acerca dos usuários tendem a ser estabelecidas em termos de graus: maior ou menor conscientização, maior ou menor responsabilização, maior ou menor percepção e cuidado de si, ou seja, em termos do quanto cada um é mais ou menos cidadão.

Observei, contudo o quanto os pressupostos próprios à lógica do indivíduo moderno (individualização, responsabilização, conscientização) são inapropriados como referencial explicativo único para a compreensão do modo os sujeitos entrevistados compreendem seu adoecimento e as estratégias terapêuticas acionadas. As formas de vinculação (e de resistências) estabelecidas com o itinerário médico/medicamentoso e com a lógica bio-psico-social não podem ser compreendidas unicamente a partir dos critérios que são postulados por tais pressupostos modernos.

Como veremos mais adiante, nos discursos trazidos pelos usuários, a dimensão relacional da pessoa e físico/moral da perturbação parece englobar de forma complexa a lógica individualista do sujeito moderno e seus desdobramentos. Em outras palavras, embora encontremos nos discursos elementos próprios à configuração moderna de valor, estes são realocados numa construção de mundo onde o ideal do indivíduo moderno não parece ser o valor central que organiza e dá sentido ao modo de perceber e organizar a si e ao mundo à sua volta.

## **AS CLASSES POPULARES, CORPO, SAÚDE E DOENÇA**

É com estas primeiras pontuações que inicio agora uma descrição e análise, ainda com pouca profundidade, de alguns elementos que podem deixar um pouco mais claro o quanto os modos de construção da doença, inserem-se num contexto mais amplo de

construção do real, intrínsecos aos espaços sociais onde se inserem os sujeitos. Nesse sentido, as diferenças existentes entre os usuários — principalmente as referentes à heterogeneidade dos universos sociais e simbólicos destes — não devem ser tratadas enquanto meras graduações de civilidade, mas sim enquanto imanentes a lógicas de mundo que só podem ser compreendidas quando relativizamos a própria lógica moderna.

As comunidades da Piedade e Fonte Grande localizam-se em dois morros próximos ao centro da cidade. A falta de infra-estrutura urbana é algo que fica nítido ao se percorrer o território. Nos becos, escadarias, ruelas pode-se observar depósitos de lixo, entulhos, iluminação pública precária, difícil acesso às residências pela precária conservação e manutenção de suas vias, irregularidade no abastecimento de água, dificuldade de acesso ao posto de saúde. A falta de segurança pública também aparece como um dado relevante, onde a polícia se faz presente nos momentos em que há tiroteios e mortes provocados pela presença do tráfico de drogas na região, revelando o pouco investimento do Estado em garantir condições dignas de existência.

Neste contexto, o desemprego, empregos informais ou, se empregados, mal remunerados pelas ocupações funcionais de baixa qualificação geram uma condição precária no que diz respeito ao nível de renda dos moradores com seus reflexos na gestão da vida cotidiana. Porém, não apenas esses aspectos merecem destaque quando se fala da Fonte Grande e Piedade.

Conhecidas pela forte presença do samba e outras manifestações culturais, preservam elementos étnico-raciais que promovem um sentimento de pertencimento e identidade local que, obviamente, não deixam de dialogar com outros espaços sociais da cidade.

Na minha vivência nessas comunidades como “sambista” e pesquisadora, pude observar uma intensa rede de sociabilidade nos espaços públicos, principalmente nos botecos com suas rodas de samba, nos ensaios da escola Unidos da Piedade, no famoso bar da Zilda com suas festas e pagodes semanais que promovem o fortalecimento de aspectos sócio-culturais fundamentais no processo de constituição e preservação de identidades, valores, crenças compartilhadas no “Berço do samba”, como é orgulhosamente denominada a região pelos moradores.

Pode-se dizer que, toda essa intensa sociabilidade vivida no espaço da rua, é reproduzida no espaço da casa. Habitadas por famílias formadas por avôs, avós, tios, sobrinhos, filhos noras, genros, etc, que coabitam em uma mesma residência ou habitações anexas, revelam configurações familiares divergentes daquelas mais predominantes nas classes médias e altas da sociedade.<sup>3</sup>

Nesse contexto, o sentimento de privacidade não parece constituir um valor de grande relevância na organização da vida cotidiana. Durante as entrevistas, por exemplo, foi difícil conseguir algum espaço reservado junto ao entrevistado. As conversas e entrevistas mais reservadas foram constantemente interrompidas por algum membro da família que vinha saber o que estava acontecendo. Durante minhas visitas ficou nítida a impressão de que dificilmente seria possível, para qualquer um, ficar sozinho na casa por muito tempo.

Nas conversas que mantive com algumas dessas famílias, pude perceber os atritos que vêm ocorrendo entre programas e projetos da prefeitura e os moradores. O poder público vem classificando algumas residências em situação de “risco” estrutural e geológico, propondo a estes um aluguel social até que se viabilize um reassentamento dessas famílias no mesmo território.

Para uma moradora o problema é externo à casa: as árvores que podem cair, as chuvas que podem entrar em casa por causa de um muro quebrado, os matos que crescem nos quintais e podem dar dengue. Todos esses problemas são percebidos como sendo de responsabilidade do poder público, que embora contatados, não resolvem a situação.

Parece haver aqui uma noção um tanto diferenciada do que venha ser risco para os órgãos públicos e para os moradores. No que pude perceber, os moradores falam da inexistência de um trabalho efetivo do poder público nas áreas externas ao domicílio, colocando em risco suas vidas.

---

<sup>3</sup> Claudia Fonseca, em estudo etnográfico com classes populares da cidade de Porto Alegre critica os estudos de “família de baixa renda” por apresentarem uma configuração demasiadamente estática da “unidade doméstica”, obscurecendo “aspectos fundamentais da organização do grupo doméstico: sua flexibilidade e suas mutações no tempo” (FONSECA, 2000: 61). A autora propõe, assim, uma compreensão do sistema familiar enquanto um processo dinâmico onde um mesmo indivíduo passa por diversos arranjos domésticos durante sua vida.

“O prefeito vem aqui com suas comissões e querem me levar: “essa casa ta sem reboco, tá em área de risco. Risco que nunca vi. Eu vou lá pra baixo eu vou enriquecer quem; o dono da casa. Lá, tenho que pagar água, luz, telefone”. A gente vive aqui desde que nasceu e aí vem a prefeitura e diz que temos que sair” (morador 84 anos).

Aqui, muito mais que uma mera questão ligada aos aspectos sócio-ambientais que, segundo os órgãos da prefeitura justificariam a necessidade “provisória” da saída do morro, há nas falas dos moradores entrevistados uma “revolta” pela ingerência em suas vidas. Ao proporem a saída para outras regiões da cidade, desconsideram toda uma rede de sociabilidade, de parentesco, de valores e crenças compartilhadas localmente que dão sentido ao existir do grupo. Deixar o lugar onde nasceram, casaram, tiveram seus filhos, é colocar em risco a própria identidade pessoal e social. “Querem que a gente deixe o lugar onde nasceu”. Eu nasci aqui, me criei e não vejo risco nenhum. Eu não vou sair daqui” (morador, 84 anos).

Sem desconsiderar os estudos feitos pelos órgãos da prefeitura sobre “a situação de risco” sócio-ambiental em que vivem inúmeras famílias dos morros, cabe aqui algumas considerações.

A situação marginalização no campo de trabalho, moradia, renda, etc., vivenciada por camadas de nossa sociedade é fruto de um longo processo histórico de exclusão social próprias ao modelo capitalista neo-liberal. As populações empobrecidas que migram para as cidades em busca de melhores condições de vida ou aquelas que nasceram nas cidades, mas vivem à margem dos processos produtivos e das riquezas produzidas socialmente, são condicionadas a viverem em regiões com poucos investimentos do Estado, como saneamento básico, transporte, equipamentos de saúde, educação, segurança, lazer e moradias dignas. É interessante o conceito de justiça ambiental abaixo descrito, retirado de um texto intitulado *Justiça social e saúde coletiva*, que revela a necessidade premente de mudanças nas estruturas sócio-política-econômica para a construção de uma sociedade mais inclusiva e democrática.

Conceito de justiça ambiental “é entendido por um conjunto de princípios e práticas que asseguram que nenhum grupo

social, seja ele étnico, racial, de classe ou gênero, “suporte uma parcela desproporcional das consequências ambientais negativas de operações econômicas, decisões de políticas e de programas federais, estaduais, locais, assim como da ausência ou omissão de tais políticas”, assegurando assim tanto o acesso justo e equitativo aos recursos ambientais do país, quanto o acesso amplo às informações relevantes que lhes dizem respeito e favorecendo a constituição de movimentos e sujeitos coletivos na construção de modelos alternativos e democráticos de desenvolvimento. (ACSELRAD, Henri (org), 2004, P. 249).

Baseando-se neste conceito, podemos pensar que as “áreas de risco” classificadas pela Prefeitura de Vitória e sua proposta de retirar os moradores dessas áreas, nada mais é do que uma negligência política e histórica com relação às populações mais pobres de nossa sociedade. Frente aos graves problemas de infra-estrutura, de distribuição de renda e de omissões políticas, busca-se alternativas que não resolvem os graves problemas aqui apontados. Ao contrário pode agravar-los na medida em que estas políticas podem contribuir para a fragilização das estruturas sócio-culturais dos grupos instalados nestas áreas esquecidas pelo poder público.

Este breve mapeamento mostra o quanto a “identidade pessoal”, a “identidade familiar” e a “identidade local” estão entrelaçados de forma complexa e indissociados do jogo relacional vivido pelos moradores local. O entendimento desta indissociabilidade é aqui fundamental para uma melhor compreensão dos modos de construção da saúde e doença, assim como dos mecanismos que são acionados para o seu enfrentamento.

Como veremos nos discursos abaixo a experiência do adoecimento se consubstancia e se torna concreta para a pessoa na medida em que interrompe ou impossibilita o desempenho dos papéis regulares socialmente estabelecidos tanto para os homens quanto para as mulheres, quer seja aqueles desempenhados no espaço doméstico (como cuidar da casa, cuidar dos filhos, etc.), quer os relacionados à esfera do trabalho remunerado. Assim, a gravidade de um sintoma ou mesmo de um diagnóstico médico, será avaliada e, por sua vez, digna de atenção e cuidados (ou não) na medida em se instaura esta “situação-problema”.



Trabalhei muito, eu não sei foi isso. Eu adoeci trabalhando. Eu nunca tinha ficado doente. Eu tinha 100 quilos e me alimentava muito bem, comia muita carne no feijão, toucinho, lombo, lingüiça, arroz, feijão, galinha de terreiro, banana. Gosto muito de vinagre na sopa ou vinho rascante, pimenta malagueta, alho. Um vinho é bom pra saúde; vinho com carne mal passada. (morador, 84 anos)

Seguindo a perspectiva de Luiz F. D. Duarte (1986), há um comprometimento tanto físico quanto moral do adoecimento e seus entrelaçamentos com universo racional. Assim, o estatuto de homem trabalhador, forte, resistente ao adoecimento possui componentes morais fundamentais na identidade masculina construída nesse universo de redes relacionais. Assumir o lugar de doente coloca em “risco” os papéis sociais estabelecidos, comprometendo sua identidade de homem forte (forte no sentido físico-moral), cumpridor de suas obrigações perante a família e o grupo de pertencimento. Assim, o fato de ser portador de doenças crônicas como a hipertensão e diabetes só ganham relevo em seu discurso na medida em que impossibilitaram a continuidade de exercer sua força de trabalho.

O trabalho é um órgão importante para o homem. O homem que trabalha não tem malícia. Só o homem que tem a mente desocupada é que tem malícia. Ele sonha acordado. Tem homem que vive às custas da mulher...Os homens são mais fortes que as mulheres. As mulheres são frágeis, mas elas aguentam mais a dor. O homem não. Pega um machado bate em um ferro, não acontece nada. Mas se bater numa madeira, tira lascas. O homem é o ferro e a mulher a madeira. Ela é mais maleável. (84 anos)

O discurso acima parece remeter também a uma questão dos papéis sociais de gênero. Homem/força, mulher/fraqueza. Na perspectiva do homem, essa fraqueza da mulher e sua convivência com o sofrimento parece não comprometer sua identidade social em sua rede racional, pois é próprio de sua “natureza” ser fraca e maleável.

Nessas comunidades, os papéis e os espaços masculinos e femininos são muito bem delimitados, quanto aos significados simbólicos atribuídos os fatos ligados à doença, saúde, e em sua organização.

O sofrimento dos nervos em mulheres, conforme estudo de Silveira (2000), Duarte (1986) com suas queixas mórbidas, pouco compreendido pela biomedicina e suas intervenções medicalizantes, estão estreitamente vinculado às perturbações próprias aos universos sócio-relacionais. A sobrecarga de trabalho, as sucessivas gravidezes, o resguardo quebrado, os conflitos conjugais, inveja, problemas espirituais, a hereditariedade, a morte de um filho, neto, a menopausa, dentre tantos, aparecem nas falas das mulheres como fatores que ora a estão isolados ora conjugados como forma de explicação da origem da perturbação.

Tive uma arritmia por causa de um colega de trabalho e me aborrecia muito com ele. Tipo um nervoso muito sério. Passado um tempinho fui ao médico e falaram que era aquilo. (Moradora, 63 anos)

Acho que minha avó ficou doente depois que seu neto foi assassinado. Ela era muito apegada a ele. Depois disso ela nunca mais foi a mesma. (Morador, 21 anos)

Minha mãe teve uma vida muito sofrida, muito trabalho, muita confusão com as cunhadas, porque aqui não tinha ninguém da família dela, aí ela tinha umas crises, gritava, jogava pedras... (Morador, 21 anos)

Acho que minha diabetes eu peguei de uma mulher que eu trabalhava. Era muito serviço. Aí, eu fiquei doente. (moradora, 63 anos).

Meu pai não valia nada, batia na minha mãe, ela tinha que correr pro mato. É por isso que ela ficou assim. Eu não quero mais saber de homem. (Moradora, 45 anos)

Essa profusão de etiologias, que na maioria das vezes de entrecruzam, refletem nos itinerários terapêuticos adotados que buscam dar soluções a partir dos modelos explicativos

da doença. Assim, ao mesmo tempo em que buscam recursos da biomedicina, recorrem ao campo religioso, ao uso de chás, infusões, benzeções, uso ou interdição de determinados alimentos. Esse conjunto de possibilidades terapêuticas das quais lançam mão as classes populares ou grupos tradicionais, só ganham sentido quando se compreende o universo simbólico onde são construídos. Para a biomedicina, com sua visão cartesiana, universalista e naturalizadora dos fenômenos saúde e doença, essas práticas não passam de credices e superstições de sujeitos alienados da *verdade dos fatos científicos*.

A biomedicina ao proclamar a disjunção entre seu objeto intervenção, aqui o corpo, e a sociedade onde se constituem os sentidos dos fenômenos, reafirmam os pressupostos da ciência e dos valores hegemônicos do Individualismo Moderno, desconsiderando, ela mesma, que a ciência e os pressupostos nos quais se fundam participam de um processo de construção histórica cujos fundamentos não se difundiram de forma uniforme em todos os setores da sociedade.

Ao desconsiderar a diversidade de culturas que compõem a sociedade, sufocam a polifonia de vozes sociais, marginalizam sub-culturas, desprezam saberes e práticas que compõem o tecido social, tornando-os violentos, ineficazes e etnocêntricos.

São com essas análises preliminares que afirmo a necessidade de se aprofundar o estudo e o diálogo entre as instituições de saúde, aqui especificamente a unidade de saúde da Fonte Grande e o conjunto de valores, crenças que compõem os universos sócio-culturais dos moradores da Fonte Grande e Piedade que possam contribuir na construção de modelos mais próximos dos anseios e necessidades dessas comunidades.

### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ADAM, P e HERZLICH, C. *Sociologia da doença e da medicina*. São Paulo: EDUSC, 2001.

BARKIRTZIEF, Z. *Identificando barreiras para aderência em tratamento de hanseníase*. Rio de Janeiro. Cad. de Saúde pública, 12 (4), 1996.

- BEZERRA Jr. B. "Grupos: cultura psicológica e psicanálise". In: LANCETTI, A., BAREMBLITT, G. et al. *SaúdeLoucura 4: grupos e coletivos*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- BODSTEIN, R. C. de A. "Cidadania e modernidade: emergência da questão social na agenda pública". *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 13 (2); 185-204, abr-jun, 1999.
- BOLTANSKI, L. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.
- BONET, O. *Curas y creencias: sincretismo terapéutico en una medicina de los bordes*. IV Reunión de Antropología do mercosul, 2001.
- CARVALHO, J. M. *Cidadania no Brasil: o longo caminho*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.
- CAMARGO Jr., K. R. "Representação de doença, saúde e seu cuidado na clientela de serviços ambulatoriais da rede pública do Rio de Janeiro". In: LUZ, M. T. *Estudos de saúde coletiva*, n. 149. IMS/UERJ, 1997.
- CARRARA, S. "Entre cientistas e bruxos: ensaios sobre dilemas e perspectivas da análise antropológica da doença". In: Alves, P. C. e Minayo, M. C. S. *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.
- COSTA, L. M.; LIMA, Q. L.; FILHO, J. M. *Grupoterapia com pacientes HIV positivos (AIDS)*. UERJ/Inform. Psiq., 8 (3): 97-103, 1989.
- DA MATTA, R. *O que faz o Brasil, Brasil?* Rio de Janeiro: Rocco, 1984.
- DA MATTA, R. *A casa e a rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1985.
- DINIZ, D. "O que é isso que chamamos antropologia da saúde no Brasil?" *Revista Brasiliense de Pós-Graduação em Ciências Sociais*, ano I, vol. 1, n° 1, Brasília: Editora da UnB, 1997.
- DUARTE, L. F. D. *Da vida nervosa (nas classes trabalhadoras urbanas)*. Rio de Janeiro: Zahar/CNPq, 1986.
- DUARTE, L. F. D. "Os Nervos e a Antropologia Médica Norte-Americana: uma Revisão Crítica". *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, vol. 3, n. 2, 1993.
- DUARTE, L. F. D. "A outra saúde: mental, psicossocial, físico moral?, Em: Alves, P.C e Minayo, M. C. S. (org) *Saúde e Doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.
- DUARTE, L. F. D. (org.) *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

- DUARTE, L. F. D., BARSTED, L. L., TAULOIS, M. R. O., GARCIA, M. H. “Vicissitudes e limites da conversão à cidadania nas classes populares brasileiras”. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 22, ano 8, 1993.
- DUARTE, L. F. D. “Formação e ensino na antropologia social - os dilemas da universalização romântica”. In: OLIVEIRA FILHO, J. P. (org.) *O ensino da antropologia no Brasil*. Associação Brasileira de Antropologia, 1995.
- DUARTE, L. F. D. “Método e Ficção nas Ciências Humanas: por um universalismo romântico”. In: JACÓ-VILELA, A. M. (org.) *Clio-Psyché: histórias da Psicologia no Brasil*. Rio de Janeiro: UERJ/NAPE, 1999.
- DUMONT, L. *O Individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna*. Rio de Janeiro: Rocco, 1985.
- DUMONT, L. *Homo Hierarchicus: o sistema das castas e suas implicações*. São Paulo: Edusp, 1992.
- FONSECA, Claudia. *Família, fofoca e honra: etnografia de relações de gênero e violência em grupos populares*. Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS, 2000.
- GONÇALVES, H. D. “Corpo doente: estudo acerca da percepção corporal da tuberculose”. In DUARTE, L. F. D e LEAL, O. F (orgs). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- GOLÇALVES, H. D. *A visão do paciente: além da “adesão” ao tratamento da tuberculose*. Dissertação de mestrado. UFRGS/ PPGAS, 1998.
- GUEDES, S. L. “Os casos de cura divina e a construção da diferença” *Horizontes antropológicos*, n. 9. Porto Alegre: PPGAS, 1998.
- GUEDES, S. L. “Umbanda e loucura”. In: VELHO, G. (org.) *Desvio e divergência: uma crítica da patologia social*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.
- GUEDES, S. L. *Jogo de corpo: um estudo de construção social de trabalhadores*. Niterói: EDUFF, 1997.
- HOMEDES, N e UGALDE, A. *Estudios sobre el cumplimiento del paciente en países en desarrollo*. Bol Oficina Sanit Panam, 116(6), 1994.
- KNAUTH, D. R. “Psicoterapia, depressão e morte no contexto da AIDS”. Trabalho apresentado no seminário “Sexualidade e Subjetividade” do XXI Encontro Anual da ANPOCS, 1997.
- KNAUTH, D. R. “A percepção da AIDS entre mulheres soropositivas”. In LEAL, O. F (org). *Corpo e significado: ensaio de antropologia social*. Porto Alegre: UFRGS, 1995.

- LARVIE, S. P. *Personal Improvement, National Development: theories of AIDS Prevention in Rio de Janeiro, Brazil*. In: LEIBING, Annette (org). *The Medical Anthropologies in Brazil*. Berlin: VWB, 1997.
- LARVIE, S. P. *Managing desire: sexuality, citizenship and AIDS in contemporary Brazil*. Tese de doutorado. Department of Psychology / University of Chicago, 1998.
- LOYOLA, M. A. *Médicos e curandeiros: conflito social e saúde*. São Paulo: DIFEL, 1984.
- LO BIANCO, Ana Carolina. “Concepções de família em atendimentos psicológicos fora do consultório: um estudo de caso”. In FIGUEIRA, S.A. e VELHO, Gilberto (orgs). *Família, psicologia e sociedade*. Rio de Janeiro: Campos, 1981.
- MAUSS, M. “Uma categoria do espírito humano: a noção de pessoa, a noção de eu”. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Edusp, 1974.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE – Secretaria de políticas de saúde. *Promoção da saúde*. Brasília: Ministério da saúde, 2001.
- MONTERO, P. *Da doença à desordem: a magia na umbanda*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- PINHEIRO, R e LUZ, M.T. *Modelos ideais X práticas eficazes: entre gestores e clientela nos serviços de saúde*. In Estudos de saúde coletiva, n. 191. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1999.
- ROPA, D. e DUARTE, L. F. D. "Considerações teóricas sobre a questão do atendimento psicológico" às classes trabalhadoras". Em: Figueira, S.A. (org.) *Cultura da psicanálise*. Rio de Janeiro: Brasiliense, 1985.
- ROSEMBERG, B. *O consumo de calmantes e o “problema de nervos” entre lavradores*. Rev. Saúde Pública, 28(4): 300-8, 1994.
- SADER, Eder e PAOLI, Maria Cecília. “Sobre ‘classes populares’ no pensamento sociológico brasileiro (notas de leitura sobre acontecimentos recentes)”. In: CARDOSO, Ruth (org). *A aventura antropológica: teoria e pesquisa*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.
- TEIXEIRA, P. R. e outros. Tá difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo. *São Paulo: Nepaids, 2000*.
- VELHO, G. *Individualismo e cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1987.
- VELHO, G. *Projeto e metamorfose: antropologia das sociedades complexas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1994.
- VICTORA, C e KNAUTH, D. R. “Trajetórias e vulnerabilidade masculina”. Trabalho apresentado no Fórum de Pesquisa “Corpo, gênero e saúde” do IV RAM, 2001.

