

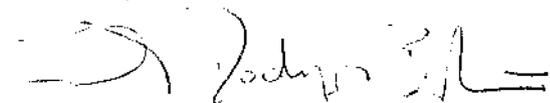
Tania Cristina Lima

OS CAMINHOS DA CURA:

um estudo sobre alternativas de mercado
e agências de saúde em uma Vila Popu-
lar de Campinas.

Este exemplar corresponde a
revisão final da tese defendida
pela autora Tania Cristina Lima
e aprovada pelo comitê
orientador

Campinas, 10 de maio 1983



Dissertação de Mestrado em Antro-
pologia Social apresentada ao
Instituto de Filosofia e Ciências
Humanas da Universidade Estadual
de Campinas.

Orientador:

Prof.Dr. Carlos Rodrigues Brandão

Campinas

1983

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

ERRATA

- pg. 08 - 1.2. Cultura Popular no lugar de Cultural Popular
- pg. 08 - 3º parág., 2.^a linha: "comuns é com no lugar de como
- pg. 08 - 3º parág., 4.^a linha: lembra no lugar de lembra-se
- pg. 27 - 3º parág., 5.^a linha: correspondentes no lugar de corresponde
- pg. 30 - 2.^a linha: Recebendo no lugar de receando
- pg. 31 - 4º parág., 4.^a linha: falta barra entre erudito popular
- pg. 229- 2º parág., 3.^a linha: desta no lugar de esta
- pg. 237- Nota de rodapé: obrigatoriedade no lugar de obrigatorianente
: período livre suficiente

Quero dedicar este trabalho às mulheres da Vila Rica, que contribuíram muito para a sua realização. Que ele sirva para ajudá-las a tomarem consciência da importância do seu papel em casa (onde tantas vezes estivemos juntas), no bairro e na sociedade.

AGRADECIMENTO

Gostaria de deixar meus agradecimentos à FAPESP que forneceu o apoio financeiro para a realização deste trabalho. Agradeço especialmente ao Dr. Eduardo Marcondes, que esteve sempre pronto a discutir os pontos mais críticos da pesquisa, compartilhando minhas incertezas e descobertas.

Ao professor José Luiz dos Santos, pela orientação inicial dada ao 'grupo de saúde', quando as idéias sobre a pesquisa ainda não estavam bem amadurecidas.

Ao meu orientador Carlos Rodrigues Brandão pela sua orientação, e pela dedicação e respeito com que me acompanhou durante todo o tempo que durou o trabalho de tese.

Lembro aqui e agradeço aos funcionários do Posto de Saúde da Vila Rica: Galdino, Silvinha, Landir, Maria, Ada, Silvana, Cláudia, pela paciência com que me receberam, facilitando enormemente a coleta dos dados. Foi a partir da prática de saúde dessas pessoas que pude entender as idéias básicas do Sistema de Atenção Primária.

À dra. Clarissa M. Nogueira, à dra. Tania M. Quintella e ao dr. Plutarco R. Lima, que sempre estiveram disponíveis para discutir o trabalho médico nos postos de periferia. Sem o auxílio dos três, não seriam possíveis as minhas incursões na área médica.

Aos professores e funcionários do Departamento de Antropologia e de Medicina Preventiva da UNICAMP, e minhas amigas e companheiras de tese em Campinas e no Recife: Ione Morita, Joana Fernandes, Márcia Lima, Dora C. Alves, Fátima Roberto e, com um carinho especial, ao Benê.

A Milton e Dulce, meus pais muito queridos, por todo apoio recebido durante nossas vidas em comuns.

Recife, outubro de 83.

ÍNDICE

CAPÍTULO I

1. TIPOS DE MEDICINA NO BRASIL: Alternativas	05
1.1. A Medicina Folclórica	05
1.2. A Medicina Popular e a Cultura Popular	08
1.2.1. Medicina e Curandeirismo	11
2. A MEDICINA E SUA PRÁTICA LEGAL	14
3. MEDICINA POPULAR OU MEDICINA RÚSTICA	16
4. A MEDICINA POPULAR E A MEDICINA CIENTÍFICA NUM CASO ESPECÍFICO	21

CAPÍTULO II

1. A CRIAÇÃO DA VILA	34
1.1. Procedência dos Moradores	34
1.2. O Pagamento da Casa Própria	35
2. DESCRIÇÃO DO UNIVERSO DA VILA	40
2.1. A inscrição no Posto de Saúde: base do levantamento demo- gráfico.....	40
2.2. A rotatividade da população	43
3. CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO DA VILA	46
3.1. O Trabalho da Mulher	46
3.2. Outras Profissões	49
3.3. Os Autônomos	52
4. O USO DO ESPAÇO	53
4.1. A extensão e reforma da casa	53
4.2. O interior da casa	59
4.3. Os três territórios da Vila	61
4.4. Como vêm e como são vistos os da Vila	63
4.5. A mulher e a Vila	69

ANEXOS

1. Entrevista com uma empregada doméstica da Vila Rica - ANEXO III	74
2. Entrevista com uma moradora da Vila - Anexo IV	77
3. Relação das ruas desapropriadas de Campinas - Anexo I	79
4. Mapa da Vila - Anexo II	80
5. Foto - Anexo V	82

CAPÍTULO III

3. A MEDICINA OFICIAL E SEUS REPRESENTANTES NA VILA RICA	89
3.1. A criação do Posto de Saúde	90
3.1.1. O Ambulatório sob a responsabilidade da população.	91
3.1.2. O Ambulatório no âmbito da Secretaria de Saúde ...	96
3.2. A rotina de Trabalho no Posto de Saúde	99
3.3. A Política Municipal de Saúde em Campinas	103
3.3.1. A Democratização da Atenção Médica	107
3.3.2. Extensão de cobertura e Níveis de de Atenção	109
3.3.3. Medicina Integral	110
3.3.4. Participação Comunitária	111
3.4. A escolha do Profissional de Saúde	114
3.4.1. O Médico da Secretaria de Saúde	114
3.4.2. O auxiliar de saúde na área rural	119
3.4.3. O auxiliar de Saúde Urbano	121
3.5. <u>ANEXOS</u> - Entrevista com a Médica do Posto da Vila Rica...	131
- Entrevista com a enfermeira do Posto de Saúde ..	136

CAPÍTULO IV

4. AS AGÊNCIAS DE CURA POPULAR	139
4.1. Os Agentes de Cura da Medicina Erudita	141
4.2. As Agências de Cura Popular	144
4.2.1. A Parteira	144
4.2.2. O Centro Espírita	145
4.2.3. A Definição de Doença	146
4.2.4. A Iniciação	148
4.3. O Pastor	151
4.4. As Benzedeadas da Vila Rica - Resumo	155

ANEXOS

1. Entrevista I - "Benzimento não é profissão"	162
2. Entrevista II - "Benzimento não é um dom, é coisa que se aprende com quem sabe"	164
3. Entrevista III - "Meu Papel é benzer uma pessoa doente"	167
4. Entrevista IV - "O Pastor da Igreja Quadrangular"	169

CAPÍTULO V

5. AS ESTRATÉGIAS DE CURA	171
5.1. As Situações de Pesquisa	173
5.2. Os percursos: a difusão das agências populares	177
5.3. O exame clínico	189
5.3.1. O marido doente	191
5.4. As condutas maternas para definir as escolhas	194
5.4.1. Distância geográfica	200
5.4.2. As qualidades do Médico	203

ANEXOS

1. Entrevista com a mãe	208
2. Entrevista com a Benzedeira	209
3. Perguntas que nortearam as entrevistas com as mães	211
4. Entrevista com o médico do Posto de Saúde	213

CAPÍTULO VI

6. A MULHER E A SAÚDE DO GRUPO DOMÉSTICO	217
1. A Divisão do Trabalho Doméstico	220
1.1. O Provedor Masculino	220
1.1.1. A composição familiar	221
1.2. As atribuições das tarefas da casa	223
1.2.1. Mãe e responsável pela saúde	227
2. A necessidade de se buscar emprego	230
CONCLUSÃO	239
BIBLIOGRAFIA	243

NOTA INTRODUTÓRIA

Não são muito comuns na Antropologia os estudos sobre as relações entre a Medicina oficial e as Estratégias populares de cura. Estes temas faziam parte das preocupações dos antropólogos, apenas quando estudavam sistemas de organizações sociais e simbólicas dos "povos primitivos". Aí, as questões de cura, como um aspecto da vida social, partilhavam do todo, não sendo percebidas como um fenómeno isolado. Faziam parte das práticas mágico-religiosas como componentes do sistema de crenças culturais do grupo. Portanto, não se justificava o seu estudo pormenorizado e isolado, já que, via de regra não era o principal objetivo das pesquisas da Antropologia até poucos anos atrás. Excetuando casos em que interessava a um cientista a pesquisa específica de sistemas de cura, a tradição era aquela apontada acima.

Encontram-se algumas referências às práticas médicas e condutas relativas à doença, em autores que discutem as preocupações dos indivíduos com a saúde. Estes, a partir de um estado da doença, definem condutas que são determinadas culturalmente. O consumo de medicamentos, o uso do corpo e a percepção da doença e da dor, traduzem a maneira pela qual cada sociedade induz o indivíduo a perceber, com graduações diferentes, fenómenos de seu próprio corpo. (')

(') Os autores e respectivas obras que mais contribuíram para este aspecto do trabalho foram:

- a. Durkheim - Regras do Método Sociológico - 1956.
- b. Mauss - Sociologia e Antropologia - 1908
- c. Malinowski - Os Argonautas do Pacífico Ocidental - 1922
- d. Levi-Strauss - Antropologia Estrutural - 1957
- e. Boltanski - As Classes Sociais e o Corpo - 1968
- f. Cordeiro - A Indústria da Saúde no Brasil - 1980
- g. Dupuy e Karsenty - L'invasion pharmaceutique - 1974

O presente estudo não visa compreender apenas aspectos da Medicina Tradicional e, tampouco, esgotar assuntos relacionados com a Medicina Popular, como um todo. Procuro analisar sobretudo a inter-relação entre essas duas "medicinas" num espaço determinado, e discutir como a população recorta os seus espaços de cura, construindo as suas estratégias. Sobretudo entre famílias de baixa renda, a questão da saúde obriga a uma busca de inúmeras alternativas para a solução de problemas: o posto de saúde, o INAMPS, o médico particular, o farmacêutico, a benzedeira, o pai de santo, a "casa da benção" e tantos outros mais importantes do que pesquisar um único sistema de cura a que recorrem as pessoas da Vila Rica, prefere-se investigar justamente como elas "se viram" quando há "alguém doente em casa", e é, então, preciso recorrer um "caminho de cura".

Portanto, sem a pretensão de realizar uma explanação exaustiva da bibliografia existente sobre os temas acima mencionados, detenho-me apenas em algumas obras importantes, para descrever ali a maneira como as pessoas, em geral, relacionam-se com a medicina, ou com "as medicinas" ao seu alcance.

A presente dissertação diz respeito nos sistemas e alternativas de cura existentes num bairro de periferia de Campinas, a Vila Rica, bem como a utilização que deles fazem seu moradores.

Trata-se de apreender o que leva uma determinada pessoa a se identificar e se decidir por esta ou aquela estratégia de cura. Procurou-se descrever e explicar as estratégias familiares de saúde entre a população de uma Vila. Estratégias que oscilam entre o INAMPS e as benzedeiras para diferentes tipos de "problemas de saúde", diferentes tipos de pessoas procuram agências únicas. Por exemplo - Posto de Saúde ——— Benzedeira ——— Hospital ——— Farmácia (de farmácia ou caseiros).

O objetivo da dissertação foi descrever como as pessoas da Vila Rica recorrem, alternativamente, aos diferentes meios e serviços ou agências de saúde. Tentou-se explicar as variáveis implícitas na escolha, tais como: tipo de doença, grau de instrução, situação econômica, meios ou canais de informação sobre o assunto, etc.

Quanto ao trabalho de campo, este foi composto de duas etapas distintas:

A primeira teve início no Posto de Saúde, onde se trabalhou com os dados populacionais fornecidos pelas pastas familiares e, paralelamente, assistia-se e participava de consultas e dos Programas de Criança.

Este tipo de observação resultou numa melhor compreensão da aplicação do Programa de Atenção Primária num Posto de Saúde da periferia.

A partir dos contatos com as mães que lá apareciam mensalmente, foi possível montar a segunda parte do trabalho de campo. Nesta, a pesquisadora já frequentava as casas daquelas mulheres que, de alguma forma, se identificavam com o Posto de Saúde mas que também fazia o uso da Medicina Popular do bairro. Após esse contato com as mães fora do Posto de Saúde, procurou-se conhecer o trabalho das benzedeadas, uma outra realidade marcada pela fé, pela crença numa outra forma de cura. Nesta nova agência foi selecionado um número de mães de família que costumavam recorrer às benzedeadas para casos de doenças mais simples. Estas mães não eram necessariamente as mesmas que já tinham sido identificadas no Posto de Saúde.

Houve épocas durante a pesquisa de campo, que as visitas a Vila não cumpriam os objetivos programados. De forma geral, o trabalho de recolher dados para a compreensão do universo de pesquisa,

corria melhor quando não havia a obrigatoriedade de fazer entrevistas ou observar o trabalho realizado nas agências de cura.

Nestas ocasiões foi possível presenciar uma briga de mulheres, uma partida de futebol ou mesmo uma festa de casamento, onde ficava mais fácil de assimilar o cotidiano das pessoas, suas reações e o desempenho das mulheres na organização de uma festa.

Algumas características da pesquisadora facilitaram os contatos com os vários grupos da Vila. Não foi difícil ser aceita pelo grupo de jovens que organizava as atividades culturais (teatro, festas, curso). Com os jovens, o contato foi facilitado pela própria aparência física da pesquisadora, enquanto que com as mães, na sua maioria jovens também, a identificação foi facilitada pelo fato da pesquisadora ser casada e ter filho, havia sempre "os casos de criança" para contar, além da troca de experiência. Com as mulheres mais velhas estas, no geral, estavam dispostas a falar sobre os tempos difíceis do passado para aqueles que se mostravam interessados em ouvi-las.

Tal intensidade do contato com as mulheres fez com que fosse redimensionado o propósito da pesquisa, ressaltando a mulher em todas as fases da dissertação. Isto porque, ao ir para o campo não se havia imaginado a presença feminina em todas as atividades da família.

A hipótese inicial de que as mulheres são responsáveis pela saúde do grupo doméstico, foi assim construída pela evidência de seu papel como "chefe de família". Porque elas se denominavam "chefe de família" quando algumas tinham marido ou filhos homens na idade de se responsabilizar pela manutenção da casa?

Após constatada a evidência, descobriu-se que o grau de

participação da mulher era grande, não só na família mas também em toda a Vila.

Por hora, é apenas necessário ressaltar que, ao privilegiá-la, não se quer com isso desconsiderar a importância de outros membros do grupo doméstico. Igualmente poderia ser destacada a criança desde que ela é objeto de cuidados constantes da parte dos adultos, ou então o chefe de família, o membro masculino mais importante da casa. Desta forma, todos os assuntos aqui abordados estão relacionados com a mulher. Sua presença é observada em todas as situações de doença, quando procura por serviços médicos definidos ela própria a escolhe, mesmo quando não é para si, ou ainda, obtendo informações sobre procedimentos de cura através de indicações de vizinhos e parentes, afim de agregá-las para reforçar a escolha.

CAPITULO I

"ESTUDOS SOBRE TIPO DE MEDICINA NO BRASIL"

1. "TIPOS DE MEDICINA NO BRASIL": ALTERNATIVAS

1.1. A Medicina Folclórica

Sob o título geral, "A História da Medicina no Brasil" , diversos autores recriam o início da medicina erudita entre nós, do século XVI ao século XIX. Todos apontam para a necessidade de se reconhecer a vinculação da medicina brasileira com a medicina autóctone, dos índios brasileiros.

"Para estudar a Medicina brasileira no séc. XVI, necessário se torna estudar e analisar a própria medicina lusitana, acrescentando a contribuição que o nosso meio lhe ia fornecendo, com a exuberância de nossas florestas e enriquecerem a terapêutica com novos medicamentos, e a ampliar o conhecimento de patologias com as entidades peculiares do nosso clima, não deixando de ser a contribuição às vezes valiosa, a arte de curar de nossos selvícolas, merecedora de estudos". (')

Mas nem sempre a contribuição do indígena era vista positivamente; havia aqueles que, desacreditando de sua prática, só consideravam válidas as condutas preconizadas pela medicina européia.

Santos Filho, ao estudar a história da medicina brasileira, endossa tal posição e ainda acrescenta que nos quatro primeiros séculos que se seguem ao descobrimento, não houve uma medicina própria do país mas sim, cópias daquilo que era feito nos grandes centros europeus. Segundo o autor, "durante esse tempo, a prática médica aqui veiculada era deficiente e mal aplicada achando-se ademais ,

(') Gomes - "A História da Medicina no Brasil" - 1974, pg. 27.

prenhe de abusões e superstições".(')

Por outro lado, fatos históricos contrariam tal afirmação pois, na história da Medicina Brasileira, existe um marco significativo que representa a ruptura do modelo médico coimbrese, até então seguido no país e, que deixa de ser adotado nas escolas de Cirurgias do Brasil. É a Réforma de 3 de outubro de 1932('') que reflete, embora tardiamente, a necessidade de independência da ex-colônia quando, desde o seu descobrimento, contava apenas com os médicos laicos vindos de Portugal, seguidos estes, um século depois, pelos cirurgiões militares, responsáveis pelo ensino da profissão nas enfermarias regimentares.

É no segundo reinado que se assiste o florescimento da medicina brasileira cujo ensino, ministrado por professores médicos nas Faculdades de Medicina do norte e sul do país, incentivava pesquisas e novas descobertas.

Ainda, retrocedendo no tempo, é importante salientar a contribuição dos padres da companhia de Jesus, que para cá enviados, se valeram de fórmulas antigas além de retirar do indígena a complementação de seu saber para poder clinicar precariamente.

Os relatos dos padres jesuítas e de viajantes que por aqui passaram com o intuito de conhecer a terra, sua flora e fauna e os "estranhos costumes e modo de vida dos selvagens", mesmo que, car

(') Filho, Licurgo Santos - História Geral da Medicina Brasileira - Vol. I, Edit. Hucitec, SP, 1977.

('') Sobre o assunto, Reforma de 1832, Escola Tropicalista Baiana e Reforma Visconde de Sabóia, ver Gomes - 1974 pp. 23 e 24.

regados de pressupostos etnocêntricos, não deixam de salientar que a "medicina brasileira" ora exercida, seria a etapa primeira de uma série de desenvolvimentos posteriores. Segundo esse raciocínio, a evolução das práticas e do conhecimento médico científico culminariam na medicina das sociedades altamente desenvolvidas.

Os exemplos de tal posição podem ser encontrados nos registros de viajantes⁽¹⁾ e posteriormente em artigos escritos por médicos ou mesmo por leigos no assunto. Todos assinalam, com evidências, a influência mágico-religiosa própria de grupos sociais aqui existentes, sobre a medicina científica característica das sociedades ocidentais mais avançadas.⁽²⁾

Ora, esse tipo de medicina encontrada aqui e adaptada para o lugar não é mais do que a medicina rústica, folk, simples ou popular. É aquela que, baseada na tradição, sobrevive enquanto os conhecimentos adquiridos são transmitidos pela prática direta através das gerações. Ela não pertence exclusivamente às sociedades "primitivas" mas sim às sociedades complexas e, embora não seja esse o

(1) Sobre os viajantes:

- a. d'Abbeville, C. História da Missão dos Padres Capuchinhos na Ilha do Maranhão data de edição 1975, pg. 229 a 235.
- b. Ewbank, T. A vida no Brasil ed. 1976 pg. 185 a 191.
- c. Lery de Jean Viagem à Terra do Brasil ed. 1972 pg. 193 a 196.
- d. Sepp, Antonio Viagem às Missões Jesuíticas e Trabalhos Apostólicos ed. 1972 pg. 66 a 68.
- e. Thevet, A. As singularidades da França Antártica ed. 1978, pg. 121 a 151.

(2) Sobre o assunto ver Coe, R. M. - Sociologia de la medicina. Madrid, Alianza Editorial, 1973 pg. 145 a 194.

ponto a ser discutido, ela não tem caráter institucional como a medicina científica sendo composta de crenças e práticas acessíveis a todos os membros da sociedade. A não institucionalização do padrão cultural médico e a sua relativa integração com outros padrões culturais, podem explicar a sua persistência ao longo do tempo.

Para se obter uma definição mais exata sobre a medicina popular, alguns autores costumam compará-la com a medicina científica, salientando seus opostos. A conceituação das diferentes práticas médicas, os créditos utilizados, oscilam entre o maior e o menor grau de cientificidade e racionalidade.

1.2. Medicina Popular e Cultural Popular

Sem a intenção de dar conta de toda a bibliografia existente sobre o tema, seria importante rever a posição de alguns autores quando tratam da Medicina Popular.

Várias associações são feitas à Medicina Popular, uma delas e das mais comuns é como o que durante muito tempo foi chamado de "folclore nacional". Em Tradições Populares, Amadeu Amaral lembra-se, brevemente que a Medicina Popular também partilha do folclore, ou seja, faz parte do saber e da literatura popular e das práticas e usanças tradicionais populares. Mas, como médico, lembra o autor que se deve estudar essa medicina mais sistematicamente para que se dê a ela "um novo impulso e orientação mais fecunda e mais séria". O autor ainda nessa obra estuda as superstições do povo paulista classificando-as segundo as fases da vida do homem: gestação, nascimento, batismo; infância, juventude, amores, casamento; alimentação, vestimenta e miscelânea.

É evidente que o estudo da Medicina Popular é útil à ciência e a clínica portanto, o médico deve demonstrar interesse em

conhecer os hábitos de cura daqueles que o utilizam, para melhor compreender os motivos que levam as pessoas a não aceitar passivamente as condutas que o médico determina.

O motivo de tal interesse é simples. O médico, como estudioso e praticante da ciência, não pode ser indiferente a nada que diga respeito à saúde do indivíduo, mesmo que tais hábitos, a princípio, pareçam singulares ou extravagantes e sem fundamento científico.

As palavras do autor demonstram melhor de onde deve vir essa preocupação pelos hábitos populares:

"... o estudo da Medicina Popular, evidentemente útil à ciência e não inútil à clínica e por mais uma razão. Às vezes, encontra-se uma crença ou uma prática do povo que a primeira vista parece em absoluto absurda, um substrato aproveitável ou pelo menos interessante. Às vezes, essas crenças ou práticas, não tendo justificação nenhuma, revela entretanto ao higienista e ao clínico o verdadeiro motivo de certas relutâncias estranhas que lhes embaraçam a ação profissional. ... Agora, se o médico ama aprofundar-se em coisa de psicologia coletiva e social, então não é preciso outra consideração para que se dedique ao estudo das tradições populares, o qual em síntese não forma senão um precioso capítulo daquela vasta matéria". (')

No concurso de monografias realizado em 1958 sobre o folclore nacional, J. Pimentel e Amorim trata da Medicina Popular em Alagoas. ('') O texto é interessante em quanto demonstra a origem das

(') Amaral, Amadeu - Tradições Populares Instituto Progresso Editorial, 1948, SP.

('') Amorim, J. Pimentel - Medicina Popular em Alagoas - rezas e benzeduras nas doenças. Rev. do Arquivo Municipal CLXII, 1959, pg. 129 2 239.

doenças para a Medicina Popular. Nesta linha de raciocínio, o Ar é responsável pela maioria delas e o fato não se manifesta apenas entre o povo de Alagoas, já que, esta interpretação é dada historicamente.

Ao tentar provar que a eficácia das práticas médicas populares é relativa e frágil, porque está estruturada na maior ou menor crença de quem recebe as orações e benzimento, o autor lança mão de vários exemplos, dando destaque aos curadores de mordeduras de cobras.

Mas, a linha de raciocínio do autor caracteriza os representantes da Medicina Popular como sendo um problema para o resto da sociedade mais adiantada, que deve ser sanado. Em outras palavras, a persistência do curandeirismo se constitui num problema, porque o fato é reflexo do atraso cultural e ignorância daquele povo. Ao responder o que fazer, afirma que, por ser o curandeirismo uma manifestação de uma civilização atrasada, o trabalho mais indicado, embora lento, é o de "educar o meio, para conseguir tipos de mentalidade mais adiantada", ou seja, é um passo a mais para se conseguir uma civilização mais adiantada.(')

Idéias evolucionistas e pressupostos e etnocêntricos são encontrados nesses dois autores, separados no tempo apenas por uma década. Tal fato, demonstra o pouco conhecimento no assunto, além da necessidade de se voltar os estudos dos cientistas acadêmicos para essa forma empírica de medicina.

(') Ibidem, pg. 235.

1.2.1. Medicina e Curandeirismo

Os autores acima citados não podem negar a influência e o peso das práticas populares em quase todas as regiões do país, caso contrário, estariam fugindo das evidências. Assim como eles, outros autores trataram do fato sempre associando a medicina popular a outras práticas mágicas e "forças ocultas". Parece ser este o caminho mais fácil para explicar condutas incompreensíveis e a eficácia de ervas e remédios até então desconhecidos da Ciência. (*)

Licurgo Santos Filho, vai associar a prática da medicina popular com o curandeirismo e é nesse sentido que tenta defini-la:

"... praticada por curadores e herbanários, apresentou-se como um misto de conhecimento de Arte Clássica, de conhecimentos empíricos, de fórmulas mágicas e de cerimônias rituais religiosas. Foi ela principalmente empírica e em menor escala, mágica e religiosa". (')

Para este autor as raízes de tal fato estão na escassez de profissionais médicos e na má qualidade da maioria desses, o que determinou o florescimento do curandeirismo e da prática da medicina por pessoas não habilitadas, desde o tempo do Brasil Colônia.

A falta de conhecimento científico ou a utilização de noções retiradas da Arte Clássica (Medicina Ocidental) mais o conheci-

(') Santos Filho, Opus cit., pg. 348.

(*) MILLIET, Sérgio, 1950 - Aborda o curandeirismo como um fenômeno social que se originou entre nós devido a carência de médicos.
BEZERRA, F. (1972) - Acredita que curandeirismo não é um tipo de manifestação de religiosidade mas, "uma exploração da credulidade de uma clientela desesperada, que procura os tão propalados "médicos e curandeiros"..." pg. 107.

mento das propriedades terapêuticas de algumas ervas e raízes descobertas pelos índios e jesuítas, são características dos curadores, que, para Santos Filho, engloba várias categorias de agentes pertencentes a diferentes classes sociais:

"... curadores foram todos aqueles, homens e mulheres, brancos, negros e mestiços que trataram, curaram pela experiência, foram os senhores de engenho, os criadores e fazendeiros com as suas mulheres; foram os pajês, os jesuítas, os naturalistas viajantes e outros estrangeiros...; os sacerdotes e outros sem indivíduos de algumas letras e os homens de ofício e outros sem qualquer cultura". (')

Essa proliferação de curadores e sua escolha, em detrimento do profissional médico, se deveu à falta de recursos econômicos e a outros motivos que o autor justifica como sendo "próprios de uma sociedade infradesenvolvida culturalmente". Assim o povo preferiu tratar-se com o curandeiro, o boticário, com o vizinho entendido ou curioso, que existiram tanto nos centros maiores como na zona rural. Escreve Santos Filho:

"... Eles (os curandeiros) clinicaram como quisessem ou como souberam, aventurando-se a tudo na Arte, desde a meizinha à cirurgia. Usaram da terapêutica clássica, da popular e da sugestiva. Se êxitos obtiveram, incontáveis foram os insucessos e as barbaridades cometidas encontrariam talvez jus-

(') Filho, Licurgo Santos. Opus cit. pg. 346.

tificativa na igual e crassa ignorância de que se revestiram muitos dos profissionais de outrora".(1)

Os estudos que tratam da criação da medicina no Brasil , costumam associar à prática dos curadores todas as desvantagens decorrentes da falta de conhecimento sistematizado. Não levam em conta que a segurança de auto-medicação ou do emprego de ervas, frequentemente transmitidos a outros, era relativa, conquanto tal conhecimento não pudesse ser comprovado de outra maneira que não empiricamente.

Atualmente, o curador preservando as mesmas características anteriores, conta ainda com a descrença daqueles que só acreditam no conhecimento produzido cientificamente. Não obstante, o curador sobrevive e é procurado por pessoas que depositam um certo grau de confiança no trabalho desse tipo de agente.

(1) Ibidem, pg. 347.

2. A MEDICINA E SUA PRÁTICA LEGAL

Um outro aspecto relativo à Medicina Popular deve ser mencionado, ele que diz respeito ao policiamento e a fiscalização da prática médica.

A preocupação em legalizar o exercício da Medicina no Brasil data de 1800 com a chegada da Corte Portuguesa. Mas somente em 1831 é que se legislou sobre o exercício da profissão e, conseqüentemente, foi reconhecida a existência legal daqueles que tinham prática na arte de curar, partejar e sangrar. Esses não possuíam título acadêmico mas poderiam tirar licença para executar o ofício, pagando uma taxa à Câmara.

Quanto às drogas retiradas de plantas e raízes, sua comercialização só poderia ser feita pelo boticário aprovado, que não poderia vendê-las para escravos e desconhecidos. Tal medida servia para diminuir o temor que os senhores de escravos tinham de ser envenenados pelos negros que as utilizavam na realização de feitiços e mágias, uma vez que nesta época existiu o hábito de escravos utilizarem ervas e preparados para envenenarem senhores ou seus filhos, prática então denominada "de amansar senhor".

Oswaldo Cabral é também um dos autores que se preocupa com o aspecto legal da Medicina Popular e a considera como uma distorção do conhecimento sistemático das doenças e suas causas. Este autor assinala o uso do sagrado e a importância do ritual para aqueles que procuram o curador. Frequentemente o sagrado adquire peso considerável para explicar a rápida difusão dos processos de cura não científico e sua utilização.

Ao abordar o tema "charlatães e curadores do passado em Santa Catarina", Cabral ressalta dentro dessa categoria as benzedei-

ras suas atividades e rituais, e os padres que com frequência também eram incluídos dentre aqueles que exerciam a cura. Isto porque nas paróquias do interior, longe de recursos médicos, o padre era a pessoa em geral mais informada e capaz de manipular remédios homeopáticos e administrá-los com auxílio de um guia.

Para este autor a benzedeira, o homeopata, o curandeiro, valendo-se dos preceitos da Arte exerciam a cura, ao contrário de que se pensa, esperando recompensa e, iam mais além pois, buscavam encontrar:

"... proteção sob a frondosa árvore do humanitarismo, organizando as bases de uma profissão à margem da lei cada dia mais numerosa, cada vez mais rendosa, com métodos mais aperfeiçoados e capazes".

A seu ver, a única forma de controle seria uma legislação rígida que impusesse o controle sobre o exercício da Arte de curar, há muito tempo exercida sem a necessária habilitação, poderia diminuir sua incidência e a exploração que qualquer pessoa está sujeita. Este problema só pode ser solucionado no dia em que a classe médica conseguir leis que coloquem:

"... os curiosos à margem, estabelecendo nítida distinção entre legais e ilegais, habilitados ou licenciados e, curandeiros e charlatões..."(1)

(1) Cabral, Oswaldo. Medicina, Médicos e Charlatões do Passado (pg. 257) Rev. do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Sta. Catarina, 1942, nº 25.

3. MEDICINA POPULAR OU MEDICINA RÚSTICA?

Para Maynard de Araújo, cientista de formação antropológica, que se dedicou ao estudo de usos e costumes brasileiros, Medicina Rústica é o termo mais exato para definir o estudo das causas de doenças e mortes. Estas são tidas como consequência de determinadas forças místicas, mágicas, punições de deuses, ou mesmo pela introdução no organismo de corpos estranhos que trazem sua destruição (morte), ou apenas alguns distúrbios (doenças) e prejuízos. Em suas palavras, a medicina Rústica significa: "o conjunto de técnicas, de fórmulas, de remédios, de práticas, de gestos que o morador da região estudada lança não para o restabelecimento de sua saúde ou prevenção de doenças". (')

De acordo com sua classificação, o termo Medicina Rústica é mais amplo que Medicina Popular, pois aquele engloba: Medicina Mágica, Medicina Religiosa e Medicina Empírica. ('') Entre esses três tipos de Medicina há um fator comum que é o sobrenatural, existindo

(') Araújo, Maynard de. Folclore Nacional - Ritos, Sabença, linguagem, artes e técnicas v. 3 ed. Melhoramentos, 1958, S.P.

('') Por Medicina Mágica o autor entende: é a técnica que procura curar o que de estranho foi colocado pelo sobrenatural no doente, ou "mal jeito". Por Med. Religiosa entende-se: aquela que cura doenças provindas da quebra de um tabu ou desobediência de uma determinação divina. "A cura aplaca a ira divina com ritos propiciatórios". Medicina Empírica ou Popular entende-se: aquela que emprega as plantas para curar não pelas qualidades terapêuticas mas pelo "mana" que elas contêm, cujo valor é adquirido só através do ritual.

para cada tipo de doença, um determinado remédio. As linhas divisórias entre uma medicina e outra não são intransponíveis, sendo que esta divisão tem apenas uma finalidade didática. É como explica o autor:

"... As doenças e suas causas nos induzem a saber melhor qual o tipo de medicina em que as classificamos. Assim, a cura de uma doença provocada pela quebra de tabu (Medicina Religiosa) terá que se processar através de um ritual. Não importa que nesse ritual, por ex., entre o uso de vomitório ou chazinho (Medicina Empírica). Não havendo portanto uma linha de marcatória rígida, foi mais pela etiologia que nos valem para classificar os dados da medicina folclórica alagoana do Vale do Rio São Francisco". (')

Em outro texto do autor, encontra-se melhor definidos as técnicas e as funções utilizadas pela Medicina Popular. No caso, a região pesquisada em 1958 engloba as cidades de Guaratinguetã, São João do Paraitinga e Cunha, nas quais dispensou igual atenção aos moradores rurais e urbanos. Para um melhor entendimento deve-se explicitar a preferência do autor pelo termo Medicina Rústica ao invés de Medicina Popular. A seu ver, "o uso indiscriminado tende a significar que houve uma decadência da Medicina Científica e essa se tornou plebéia". ('')

O fenômeno assinalado por M. de Araújo é diferente, pois não há apenas a degenerescência de práticas científicas do passado; há,

(') Araújo, Maynard de. Op.cit., pg. 144.

('') Ibidem, pág. 52.

certamente, a evolução ou não delas, como há também a interação, há atuação de um grupo sobre o outro, enfim, vários fenômenos sociológicos se sucederam através dos tempos no habit brasileiro havendo contribuição de europeus, negros e índios.

De qualquer forma, a Medicina Popular ou Empírica, definida como aquela que emprega plantas e raízes para curar, obtém sua eficácia maior nas técnicas do ritual, de grande valor para as pessoas que tem fé. No caso, a fé teria maior importância, ou eficácia, do que as próprias qualidades terapêuticas das plantas. Portanto ela engloba, dentre outras técnicas, as benzeduras e simpatias empregadas nos seguintes casos:

BENZEDURAS

SIMPATIAS

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------|
| - para curar | para cura do homem |
| - para prevenir (fechamento do corpo) | para cura dos animais |
| - para defumação | para proteger as plantas |
| - | para prevenir |

A necessidade de classificar para melhor entender o universo pesquisado também está presente em M. de Araújo. Esta técnica - a classificação - de apresentação do material de campo tem, segundo o autor, a finalidade de facilitar o acesso dos eventuais pesquisadores ao estudo de outras regiões.

A classificação construída se fundamenta em proposições teóricas por ele discutidas, a partir de colocações retiradas de vários autores que são brevemente citados. O procedimento metodológico seguinte é relatar o que foi encontrado em campo utilizando para tanto a observação participante, sem lembrar se a classificação construída é aquela mesma adotada pelos moradores da região. Em resumo, tais

procedimentos significa que o modelo classificatório apresentado é o do autor e não o da população.

Nas definições dos estudiosos sobre a Medicina Popular , aqui abordados, encontra-se pontos de vistas semelhantes e que colocam a Medicina Popular como uma distorção do conhecimento sistemático das doenças e suas causas, ou um misto infuso da Arte clássica (Medicina Científica), de conhecimentos empíricos e fórmulas mágico-religiosas.

A eficácia simbólica da Medicina Popular transparece com clareza quando associada ao Folclore. Fazendo parte de suas preocupações é comum encontrar a Medicina Popular ligada às práticas do curandeirismo, próprias de uma civilização atrasada, exercida por homens e mulheres que curavam pela experiência.

A pequena digressão que acabamos de ler se justifica pelo propósito de mostrar as posições de alguns autores brasileiros que tratam, embora indiretamente, da produção do saber médico popular , servindo também para reforçar a posição da autora deste texto quanto às explicações mais condizentes com o tema abordado.

O presente texto não assume qualquer dessas posições, especificamente, porque se assim fosse feito significaria a vinculação das práticas médicas somente às sociedades subdesenvolvidas, além de acreditar que elas sobrevivem em áreas típicas de atraso cultural. Prefere-se, admitindo as imperfeições dessas definições, buscar outros autores, em especial L. Boltanski que tece considerações a respeito.

Entretanto, é preciso lembrar, que embora ciente das imperfeições teóricas do autor francês para o caso brasileiro, dentro daquilo que se pode pesquisar, Boltanski é um dos poucos que discutem, especificamente, o problema que se busca solucionar: identificação das variáveis que interferem na escolha e na criação do percurso

so da saúde.

Além disso, tenta-se ultrapassar a discussão dos limites Erudito/Popular, buscando-se compreender as estratégias de cura construídas pela população da Vila Rica. Mas, até o momento não se encontrou estudos a respeito das referidas estratégias, uma vez que, a literatura relativa ao assunto costuma tratar tão somente da medicina oficial, da Política de Saúde no Brasil e abordagens semelhantes sendo os autores mais conhecidos: C. Braga, C. Possas, C. Donangelo, M. Luz, H. Cordeiro, C. Gifoni e outros.

Também são encontrados estudos que tratam do que normalmente é chamado de Medicina Popular e, relativamente ao assunto, conhece-se as seguintes pesquisas:

Campinas: "As agências de cura Popular"-E.Rizzo, Unicamp
 : "As representações sobre o nervosismo"- I.Morita, Unicamp

Em outras regiões:

Rio de Janeiro: "A Medicina Popular", M.A. Loyola
 : "Produção do Discurso sobre a Doença" ,
 Campos PESES
 Goiás : Equipe da Diocese de Goiás - vários

4. A MEDICINA POPULAR E A MEDICINA CIENTÍFICA NUM CASO ESPECÍFICO

A análise do caso brasileiro, à luz da teoria de Boltanski(*), coloca dificuldades, exatamente porque este autor pensa a medicina popular de um ponto de vista da Cultura e, parece difícil, considerar a tese de um "saber dominado" em país culturalmente não hegemônico. Mesmo que ocorresse de forma contrária, é igualmente difícil acreditar ou pensar a medicina popular brasileira dos grandes centros urbanos como uma "sobrevivência da medicina erudita de outrora". Tentativas de se buscar tal ligação já foram feitas por autores brasileiros(') que apontam os traços eruditos da medicina aqui implantada, ressaltando a influência que exerceram a medicina africana e indígena entre nós, apesar das tentativas em contrário. Assim, sinala ainda que as práticas médicas de origem não erudita foram absorvidas e incorporadas à medicina tradicional ao ponto de ser impossível apontar qual delas seria resultado da difusão da medicina oficial da época de uma "invenção paralela".

Já no Brasil, a medicina popular se constitui de forma diferente daquela apontada por Boltanski e não vem ao caso saber se esta prática médica se impõe como legítima ou autônoma. Ressaltar seu

(') É o caso de: Menezes - Medicina Indígena, 1957.

Filho, Lucurgo S. - Pequena História da Medicina Brasileira, 1966.

Camargo - Medicina Popular, 1976

(*) Boltanski, L. - As classes sociais e o corpo, Graal, Rio de Janeiro, 1972.

aspecto ativo e criador de valores é possível, sem, no entanto, ser necessário considerá-la como um "sistema paralelo" ou equivalente à-quele constituído pela medicina científica.

Além disso, é necessário entender, apesar da medicina aqui implantada seguir os moldes da medicina ocidental, as diferenças reais que influem no modo como é utilizado o saber médico uma vez que nele interferem desde a forma em que a medicina foi aqui iniciada até a atual constituição do sistema de saúde brasileiro, ao qual nem toda a população tem igual acesso.

Para o sistema da saúde francês, um dos indicadores de que o médico não detém o monopólio de sua ciência e que esta é dividida como os não médicos que empreendem ações com o fim de curar, é o grande número de remédios farmacêuticos consumidos sem receita.

Sob esse aspecto é Boltanski quem faz a pergunta: Em que medida essa medicina dos não médicos, representa uma outra medicina independente da dos médicos e pode fazer-lhes concorrência? Ao que ele responde negativamente, pois segundo as estatísticas francesas, em todos os grupos sociais, a diferença entre o número de pessoas que compram remédios sem receita e aquelas que compram com receita, é mínima. Além do que, a auto-medicação não implica em um não uso do médico. Mas ressalta que o consumo de remédios farmacêuticos, varia de uma classe social para outra.(')

(') Esclarecendo o autor acrescenta: "A proporção de produtos farmacêuticos comprados sem receita médica permanece relativamente estável e representa, qualquer que seja a classe social, 40%, aproximadamente, do consumo farmacêutico total", pg. 16.

No caso brasileiro é preciso observar algumas diferenças que interferem na opção do consumo, seja de serviços médicos, seja de medicamentos industrializados. É certo que para os membros da camada social de renda mais alta, é possível consumir também medicamentos da farmacopéia popular, enquanto que para os de renda mais baixa, os remédios de laboratório serão sempre de difícil acesso, pelos altos preços cobrados.(')

Das observações acima, conclui-se que o consumo de medicamentos está diretamente vinculado a determinações econômicas o que não ocorre, por exemplo, na França. Esse aspecto deve ser considerado quando se trata de distinguir os critérios de utilização da medicina popular e da medicina científica ou erudita, no caso particular da Vila Rica. Quanto aos médicos e a medicina que eles representam, é importante lembrar a posição assumida por esta última relativamente aos remédios populares. Continua a ser mantida a posição de não reconhecimento da validade dos remédios produzidos pela farmacopéia popular, os quais, em sua composição, possuem elementos comprovadamente eficazes mas que não merecem indicação por parte dos médicos por não serem considerados científicos.

Ainda quanto à origem da medicina popular Boltanski pergunta se ela se constitui como um saber enraizado na medicina erudita ou se ela é uma transformação, ou melhor, uma apropriação deste saber?

(') Sobre esse aspecto ver: Hésio Cordéiro-1980; G. Giovanni-1978 ; S. Karsenty e J.P. Dupuy-1980.

A preocupação central do autor é mostrar que a medicina erudita é a base de todo conhecimento considerado não científico. Desta forma, não se pode acreditar que a medicina das classes populares tenha sido formada segundo premissas de uma teoria científica que não seja aquela da medicina erudita. Portanto, a medicina popular não se constitui independente do saber científico.

No Brasil o problema em se encontrar a origem do saber popular é visto de outra forma. Entre nós, a sobrevivência da medicina popular não está ameaçada pela medicina oficial. Esse dado pode ser comprovado quando se observa, desde há algum tempo, o empenho da medicina oficial em garantir seu espaço próprio, combatendo a todos aqueles que ousaram tratar de doenças sem a devida formação acadêmica. (')

A medicina oficial, entre nós, revestiu-se de caráter legal atribuído pelo Estado e se impôs como única detentora do saber, sob o argumento de que seus conhecimentos poderiam ser comprovados cientificamente.

Embora muito tenha se legislado a respeito, configurando-se em crime todo o ato que fosse exercido por pessoas sem qualifica-

(') P.Singer e outros assinalam o início da intervenção do Estado no exercício da medicina científica: "As últimas décadas do século XIX e o início do século XX foram extremamente favoráveis ao desenvolvimento da tecnologia médico-sanitária que se tornou um dos importantes marcos da penetração da "medicina científica" entre nós, forneceram as bases para o grande desenvolvimento das organizações de saúde e para a ampliação da intervenção do Estado na vida social que se acentuaria no período seguinte em nome da proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da melhoria das condições de vida. Ocorrem ainda, nesta época a atribuição constitucional do monopólio dos médicos, relativamente ao exercício da arte de curar". in Prevenir e Curar - R. Janeiro, Forense, 1978, pg. 114.

ção ou sem diploma legal, houve aqueles que se manifestaram a favor da liberalização do exercício da profissão sem qualquer título, posição expressa na emenda apresentada ao parágrafo 24 do artigo 72 da Constituição, por ocasião da Assembléia Constituinte da República. (')

A crescente tendência por parte do Estado em reconhecer a medicina popular não implicou em sua imediata legitimação e/ou uso de algumas de suas práticas. Essa posição ambígua que o próprio Estado colaborou para sua manutenção é conveniente enquanto o sistema de saúde não for capaz de responder a todas as necessidades de saúde da população. Entretanto, existe uma certa lógica nesta posição, conquanto a medicina oficial não for capaz de aumentar a cobertura da saúde, estendendo seus serviços, de forma a racionalizar o atendimento de responsabilidade da Previdência Social que por deficiência própria, não assiste satisfatoriamente a todos os seus credenciados, os quais representam apenas 70% da população total do país.

A medicina popular é relegada a segundo plano pela medicina oficial, que reprime e condena seus agentes, deixando de considerar um de seus aspectos importantes: sua função social. Desta forma, os representantes do saber médico oficial desviam a solução do problema e se favorecem com a persistência da medicina popular, porque não são capazes de dar soluções imediatas para a precariedade do a-

(') O texto é o que se segue: "A República não admite também privilégios filosóficos, científicos, artísticos, clínicos ou técnicos, sendo livre no Brasil o exercício de todas as profissões, independentemente de qualquer título, escolástico, acadêmico ou outro, seja de que natureza for". In Doc. da 1.^a Assembléia Constituinte do Brasil.

tendimento. É assim que a medicina popular recebe uma parte significativa de clientes que antes deveriam ser destinados aos postos de saúde das agências de cura oficial.

Atualmente muito tem se discutido a respeito e existe , pelo menos em tese, a seguinte orientação por parte do Sistema nacional de Saúde quanto à incorporação do saber popular à medicina oficial:

"A Política Nacional de Saúde leva em conta os seguintes fatos fundamentais: a participação da população em todos os níveis das ações de saúde ~~da população em todos os níveis das ações de saúde~~ é indispensável e deverá ser estimulada por intermédio da educação em saúde, visando a conscientização da clientela ao binômio saúde/doença. Tal orientação torna-se necessária, dentro de um princípio mínimo de intervenção, a utilização dos sistemas alternativos de atenção à saúde (por exemplo, utilização de especialistas informais - benzedadeiras, parceiras leigas, etc.) e a necessidade de educar a população para que se realize a auto-medicação quando segura, eficaz e complementar às ações do sistema formal de saúde". (')

Da afirmação acima se conclui que o próprio Estado reconhece o poder de penetração da medicina popular, não sendo, portanto, preocupação imediata combatê-la e, sim trabalhar ao lado dela, muitas vezes incorporando seus conhecimentos e teorias, como é o caso da parteira leiga em regiões do Nordeste.

(') Documento sobre a Política Nacional de Saúde discutido na VI Conferência Nacional de Saúde - Brasília - pg. 25. Grifos nossos. 1977.

A atual medicina popular, entre nós representada por benzedeiros e curadores, é a que se presta às comparações com aquela medicina popular de outrora. Imposta pela necessidade de se adaptar ao universo estranho e desconhecido da medicina dos médicos, constituindo-se como uma imitação da antiga medicina erudita, ela transforma este saber por incapacidade de criar ou constituir um novo.

Admitir, como o autor, que a passagem do saber se dá exclusivamente de "cima para baixo" e, por conseguinte, considerar que às classes populares cabe apenas a "reinvenção do saber científico", faz com que a análise fique limitada à trajetória deste saber através das classes sociais. Desta forma não se considera a importância do pensamento popular e mesmo qualquer manifestação criativa não fundada na medicina científica.

Mas, uma vez que a busca minuciosa da origem do saber popular não interessa diretamente para a compreensão das estratégias de cura, o presente texto extrai da proposta de Boltanski apenas a vinculação entre práticas de saúde e as classes sociais, suas devidas variações corresponde ao "ethos de classe".

Falar sobre a função social da medicina popular é considerar a posição que os indivíduos das classes populares adotam frente à vida, especialmente quando se encontram em posição de determinar, entre outras coisas, o percurso de saúde em busca de cura. Assim, para se compreender as opções de saúde, nas quais interferem vários fatores, tais como a crença no conhecimento dos agentes de saúde, é necessário considerar os determinantes culturais envolvidos na escolha, entre eles: a crença popular e a visão de mundo de determinada camada social.

Exemplificando com os dados observados na Vila Rica, a medicina popular naquela localidade parece responder satisfatoriamente

te aos seus problemas de saúde, tanto com relação ao diagnóstico como ao tratamento das doenças. Por outro lado, a população e as agências de cura popular convivem regularmente com os representantes da medicina oficial, recorrendo-se mutuamente.

A persistência da medicina popular, entre os moradores daquele bairro, ao lado da medicina oficial denota que a primeira pode, eventualmente, constituir-se em alternativa ao Posto de Saúde. Além do que, nega a posição de que seus agentes existem ou sobrevivem apenas em locais isolados geograficamente, onde não há atendimento médico.

Escolher a benzedeira, o curador implica em acreditar na eficácia de suas técnicas e nos cuidados empregados para o tratamento da doença. Mas, ali no bairro, essa escolha significa também a não rejeição da medicina oficial. A procura de "especialistas informais" não exclui o recurso ao médico e nem a medicina praticada por este último é considerada em oposição àquela prática por "curadores".

A este respeito Boltanski exemplifica com as práticas maternas das classes baixa e média baixa francesa. Para o autor, a difusão das regras de puericultura, assim como o tratamento adequado para cada doença, varia de acordo com a distância social que separa o receptor (o doente) do emissor (o médico). A isto se deve o sucesso da medicina popular e de seus agentes entre os membros de sua própria classe social.(')

Para conhecer o sucesso e persistência da medicina popular no bairro de Vila Rica é importante traçar comparações entre as

(') Boltanski, L. - Puericultura y Moral de Classe Alianza E. Madrid, 1969, pg. 147.

duas medicinas que lá coexistem. Comparações estas que serão melhor comentadas nos capítulos finais da dissertação. Por hora, adianta-se apenas que as características de ambas medicinas, assinaladas também por Boltanski, e que podem determinar ou interferir na escolha das agências de cura são: o meio, a linguagem, o dom e a crença no conhecimento.

Um outro aspecto, observado constantemente nas entrevistas com os moradores de Vila Rica, ressalta a diferença entre a pessoa do médico e da benzedeira conferindo-lhes legitimidade, é a procedência e a aquisição do saber utilizado para a cura. Enquanto o médico consome em sua formação, anos de escolaridade, a benzedeira adquire seu conhecimento através de um "dom" que lhe foi conferido independentemente de sua vontade. Mas, a manipulação desse saber conferido pelo "dom", não significa uma igualdade de autoridade entre a benzedeira e o médico. Na situação de pesquisa, quando se perguntava o porque da escolha, as respostas nunca foram claras e determinantes. Sabe-se que o médico é autorizado a tratar de doenças e a benzedeira, por sua vez, responde positivamente quando procurada para curar. A distinção se torna mais clara quando se acrescenta perguntas como: Que tipo de doença o médico trata? E a benzedeira trata da mesma coisa? Já a benzedeira acrescenta que para se obter a cura é necessário ter fé e acreditar. (Este assunto será abordado no 4º capítulo da dissertação).

Ainda com relação à aquisição do saber, encontro entre as benzedeiros da Vila Rica, aquelas que trabalham como "especialistas em torções" ou "mal'jeito", que aprenderam observando outras pessoas. Neste caso, a aquisição da técnica pode ser obtida por qualquer pessoa. Aqui, a diferença reside em sua atuação, que é se-

melhante a da benzedeira sem especialização. Igualmente não cobram, receando pagamentos espontâneos e eventuais em espécie e atendendo a qualquer hora. As "benzedeiras massagistas" são assim chamadas porque se utilizam, durante a massagem de rezas, óleo bento, objetos ponteados como facas, tesoura além do fogo.

Em resumo, é a própria população que, ao utilizar as benzedadeiras, os curadores, confere-lhes legitimidade e garante sua sobrevivência, reconhecendo seu saber, bem como a eficácia de sua técnica. Por outro lado, a persistência dessas benzedadeiras denota também que o médico não é infalível em seu diagnóstico não sendo, pois, o único detentor do "saber médico".

As leituras apresentadas neste capítulo, procuraram fornecer ao leitor dados que o auxiliasse na compreensão do objetivo principal do trabalho: a convivência pacífica num mesmo universo de dois tipos de Medicina, a Popular e a Oficial.

Para tanto, procurou-se abordar dois aspectos ligados à Medicina Popular: o primeiro tem a ver com a construção de seu espaço histórico entre nós e, para estabelecê-lo era necessário identificar a ligação da Popular com a Medicina Oficial. O 2º aspecto trata de identificar as alternativas de cura no interior da oposição Erudito/Popular.

Esta dissertação pretende dar conta, não apenas da discussão dos opostos mas, dos pontos intermediários da polarização já que, esse espaço existe e é legitimado pela prática dos moradores da Vila.

Um outro ponto importante, que surgiu a partir da leitura de Boltanski e que deverá ser melhor trabalhado após a análise dos dados de campo, diz respeito ao grau de percepção das diferenças entre os serviços oferecidos pelo polo erudito popular, percepção esta, mais claramente definida quando se trata de outra camada social que não a mesma das pessoas do bairro.

No decorrer do trabalho tal afirmação será comprovada no caso de algumas doenças que, tanto podem ser diagnosticadas pelo médico como pela benzedeira. De antemão, afirma-se que a manipulação das alternativas de cura não merece, por parte daquela população, uma explicação fundamentada em critérios de cientificidade, por exemplo, podendo interferir na escolha de serviços variáveis que, como diz Boltanski, podem ser atribuídas a: linguagem do médico e da benzedeira, o meio social, a crença no conhecimento de ambos sobre o assunto, etc.

Então, as pessoas da Vila podem contar com várias agências desde as oficiais, especificamente de cura, como o INAMPS, os hospitais, o Posto de Saúde, as empresas médicas por exemplo, até as agências populares e especificamente ligadas à saúde como o trabalho de uma parteira, de um ervateiro, da benzedeira de torções, por exemplo.

Por isso, encontra-se na construção do percurso as pessoas combinando várias modalidades de serviços da saúde dependendo do tipo de doença, do estágio em que ela se encontra, da disponibilidade de pessoal, do grau de instrução e da capacidade de manusear os serviços que a cidade oferece. É por isso que não são as pessoas da Vila Rica mas de outros lugares e camadas sociais, manipulam diferentemente as agências de cura em busca da definição do percurso. Nesta manipulação encontra-se:

1. algumas pessoas tendendo a circular apenas entre a chamada agência oficial:

Médico → Hospital → Homeopata → Médico.

2. outras pessoas combinando agências oficiais e populares:

Curandeiro → Médico → Benzedeira → Hospital.

3. outras circulando só pelas agências populares:

Centro de Umbanda → Curandeiro → Benzedeira.

Após a exposição do tema e a revisão bibliográfica centrada nos autores que contribuíram para o entendimento da formação da Medicina Erudita e Popular no Brasil, essa dissertação constará dos seguintes capítulos cujos objetivos serão:

I Capítulo: dele constou, além dos textos teóricos a apresentação de um caso específico de aplicação da Medicina Popular e Científica.

O 2º Capítulo: trata de descrever o bairro e seus moradores, situando espacialmente a população da Vila Rica, apresentando os dados populacionais desde o início de sua criação. Comenta-se também a convivência diária de seus moradores, a divisão do espaço interno da Vila e as relações que esses moradores têm com o resto da cidade.

O 3º Capítulo: descreve os recursos oficiais de saúde privilegiando o Posto de Saúde Municipal e o processo de sua criação. A importância deste capítulo reside na descrição e análise das funções do médico e, em particular, do auxiliar de saúde recrutado no próprio bairro.

Do 4º Capítulo: conta a análise das outras agências de cura do bairro que, eventualmente, poderão se constituir em opções de saúde. Destaque será dado às benzedadeiras da Vila cujas características estão resumidas no Quadro II.

O 5º Capítulo: tenta responder o que faz uma mãe quando tem um filho doente ou quando seu marido pára de trabalhar por motivo de doença. Considera-se o capítulo fundamental da dissertação pois, trata de analisar os percursos criados pelas mães em busca da cura, ou seja, as estratégias que conjugam os vários tipos de tratamento oferecidos pelas agências de cura popular e oficial.

O 6º Capítulo: tem a finalidade de complementar o que foi discutido no 2º Capítulo da dissertação, enfatizando a mulher e a sua sobrecarga de trabalho.

CAPITULO II

"SOBRE A VILA"

1. A CRIAÇÃO DA VILA(1)

1.1. Procedência dos moradores

"Eu fui a primeira a chegar aqui, cheguei no dia 13 de março de 1965... Morei lá na Vila Marieta até minha filha, que, trabalhava na COHAB, ganhar duas casas".

A construção da Vila e a sua posterior ocupação faziam parte do novo esquema de urbanização da cidade e de desfavelamento das ruas centrais. Assim, após ter sido escolhido o local a ser implantado o primeiro núcleo de casas populares, o poder público promoveu os futuros moradores entre os que habitavam as favelas e cortiços espalhados pela cidade. Ao todo, mudaram-se para a Vila Rica 486 famílias que anteriormente moravam em barracos, cortiços e em áreas com desapropriação em curso para a construção de melhorias públicas e alargamento de ruas. Foram também destinadas algumas casas aos funcionários públicos municipais moradores de subhabitações.

Dos diversos bairros de Campinas onde haviam se constituído moradias do tipo favela foram retirados 185 famílias (equivalente a 38,1% do total); e dos cortiços foram retirados 214 famílias (44% do total).

Além destas foram atendidas ainda 73 famílias (15% do total) compostas por funcionários públicos municipais e mais 13 famílias de desapropriados (2,6%).(1)

(1) Para a montagem desse texto muito colaboraram os arquivos da COHAB-Campinas e as informações obtidas através de trabalhos de alunas da Faculdade de A. S. da PUCC.

(1) Em anexo a relação das ruas desapropriadas pelo poder público.

Abaixo transcrevo o depoimento de uma moradora da Vila Rica que mostra a surpresa com que a notícia da mudança foi recebida.

"Eu morava num cortiço na Vila Industrial, gostava muito de lá, meu marido era ferroviário. Aí disseram que a gente tinha que sair de lá, porque iam desmanchar o cortiço, junto com a gente morava mais 17 famílias. As assistentes sociais da COHAB foram lá para oferecer a casa na Vila Rica". (moradora da Vila) grifo meu.

Segundo dados obtidos na COHAB-Campinas, foram remanejadas 486 famílias, perfazendo um total de 2603 pessoas a ocupar as casas construídas no núcleo. Uma unidade foi destinada à Arquidiocese de Campinas, ocupada pelas Irmãs Missionárias, e a COHAB-Campinas representada ali por suas assistentes sociais que desenvolveriam atividades em prol da comunidade.

1.2. O pagamento da casa própria

Morar em favelas e cortiços, ou em zonas que seriam desapropriadas, próxima ao centro da cidade, foram critérios para a entrega das casas cujas prestações mensais não suplantaram o valor pago nos cortiços. Muitos dos atuais moradores se viram obrigados a aceitar, como única alternativa viável, a compra da "casa própria", facilitada pelos planos de pagamento aparentemente razoáveis e a longo prazo, 15 anos, caso o morador escolhesse prestações menores.

As prestações mensais oscilavam desde Cr\$17,45 até Cr\$. 322,00 sendo poucos os que pagavam o valor maior. Elas são reajustadas anualmente, de acordo com o salário mínimo. A média de inadimplência, por um motivo ou por outro, era de 20 famílias por mês. A COHAB-Campinas mantinha um setor dirigido por assistentes sociais pa

ra julgar os motivos e propor soluções. Geralmente era feito um novo plano de pagamento por um ano ou mesmo um empréstimo. (1)

No fim do primeiro semestre de 1980 haviam no bairro 167 casas quitadas, em sua maioria por motivo de morte do marido ou responsável, ou então por aposentadoria involuntária do proprietário do imóvel nos casos de acidente de trabalho, doença grave e outros. Nestes casos a quitação é automática pois, no momento da inscrição da COHAB exige que esta, providenciada por iniciativa da mulher, seja feita em nome do marido. Somente nos casos da mulher ser desquitada, divorciada ou viúva ou então ter um marido alcoólatra a COHAB aceita a inscrição no seu nome.

Concomitantemente à construção da Vila Rica foi iniciada também a formação de novos núcleos (Castelo Branco, Boa Vista e 31 de Março) mas que não receberam moradores com a mesma procedência. No cenário atual dos bairros de Campinas, as Vilas Castelo Branco e 31 de Março não se sobressaem nem se destacam por motivos semelhantes aos da Vila Rica relativamente ao alto número de jovens desempregados que aderem facilmente à "malandragem", aos traficantes de drogas, qualificando o bairro como "da pesada". A explicação de tal fato pode ser buscada na procedência de seus moradores, essencialmente urbana, ao contrário de outras vilas. Kofes em sua tese sobre os moradores da Vila 31 de Março, "Entre nós, os pobres, eles os negros" assinala que neste bairro 80% dos inscritos na COHAB são migrantes:

"... A população da Vila 31 de Março é basicamente advinda de outras cidades do Estado de S. Paulo e

(1) Os dois valores em cruzeiros correspondem ao pagamento de julho de 1980 após o reajuste anual.

de Minas Gerais e, em menor escala, do Paraná e Estados Nordestinos. É portanto, parte daquele contingente caracterizado como migrantes que se deslocaram para um centro urbano industrial, no caso, Campinas." (1976:45)

Na Vila Rica há famílias cuja origem remota indica moradia fora de Campinas. Mas como essa Vila foi criada em 1965, pode-se afirmar que as pessoas, mesmo quando de origem rural, possuem uma experiência anterior de vida urbana que transportaram consigo e que, em parte, foram redefinidas depois que mudaram para a Vila Rica.

Os depoimentos sobre a mudança para a Vila são pontilhados de dificuldades e demonstram a perseverança dos moradores que contavam apenas com a "nova casa".

Diante da pergunta sobre as condições da mudança para cá, embora os mais novos pouco se lembrem os mais velhos se referem sempre ao nome de dna. Diva, a primeira moradora da Vila Rica. Essa senhora presenciou e participou ativamente na mudança das famílias. É ela quem nos diz:

"Cheguei aqui no dia 13 de março de 1965. Como todo começo, foi tudo muito difícil, só tinha água e luz, não tinha ônibus e era um lugar muito afastado da cidade. Não tinha asfalto e as casas eram de chão batido".

Ela também fala de sua procedência, que segue o modelo dos outros moradores. Ao perguntar onde morava antes de vir para a Vila, todos responderam sobre o local de moradia em Campinas. Quanto à procedência anterior, o local indicado se refere à cidade onde nasceu, sem qualquer comentário à situação anterior:

"... Eu nasci e me criei em Passos (MG), fiquei viúva com 20 anos e com 4 filhos. Vim para cá com minha filha mais velha e deixei o resto lá. Aqui trabalhei muitos anos como doméstica e minha filha tinha uma pensão na rua Cônego Cipião que logo foi demolida". (relato extraído da entrevista em anexo).

Outra se explica dessa forma:

"Eu morava no Tripeiro na Vila Industrial, meu marido trabalhava na FEPASA. Antes de casar morava no São Bernardo, era um cortiço..."

Onde nasceu?

"...Eu nasci lá em Minas, eu trabalhava e morava na fazenda. Vim pra cá quando tinha 18 anos".

Esses são exemplos de moradores antigos que estão na Vila até hoje. Nenhuma família com que mantive contato veio direto do local de nascimento. Atualmente essa situação não mais se repete. As casas já estão quase todas quitadas e agora os proprietários podem vendê-las ou alugá-las e mudar para um outro bairro. Mas, tal conduta não mais desperta interesse, a cidade cresceu e se expandiu tão rápido que hoje a Vila Rica é uma das vilas que se localiza mais perto do centro. Da antiga distância e dos inconvenientes anteriores, restou apenas a fama de vila de marginais que os moradores carregam.

Pelo contrário, a vila tem tudo para ser um bom local de moradia: várias linhas de ônibus, posto policial no bairro vizinho, posto de saúde, grupo escolar, creche, áreas de lazer e supermercado.

Seus moradores sabem onde buscar empregos, onde comprar melhor e ter créditos, sabem utilizar racionalmente os veículos de

informação. Quando é o caso de uma mulher, ela trabalha como doméstica, recebendo influências que modificam suas condutas, principalmente em casos de doenças, no cuidado com o corpo e no modo de vestir.

Assim, pelas suas condutas atuais podem ser definidas como migrantes remotos urbanizados. Remoto, é aqui empregado no sentido temporal, pois os primeiros moradores da vila não nasceram na cidade de Campinas, mas em regiões vizinhas predominantemente rural, se deslocando para a cidade no tempo posterior à criação do bairro, vivendo em subhabitações no centro da cidade e trabalhando na área de construção civil, no setor de serviços ou ainda em fábricas.

2. DESCRIÇÃO DO UNIVERSO

2.1. A inscrição no Posto de Saúde: base do levantamento demográfico

A Vila Rica foi o primeiro bairro de casas populares implantado na região periférica da cidade. O projeto de construção do primeiro núcleo de casas populares iguais teve início em 1965. Dista do centro da cidade 9 kms e seu acesso vem sendo facilitado pela abertura de novas ruas e bairros, interligados por várias linhas de ônibus, sendo que, apenas uma delas passa pelo interior do bairro, onde tem seu ponto final.

Tomando como referência a avenida principal (das Amoreiras) que marca o início da Vila, tem-se do lado oposto, o bairro Jardim das Bandeiras, à frente Vila Pompéia e ao fundo Novo-Campos Elíseos. (1) Seu espaço físico é bem demarcado pelo próprio estilo de construção, já que a Vila Rica é o único bairro da redondeza com casas populares.

Atualmente, seu número de habitantes é incerto, pois a não ser pelo levantamento feito pelo grupo de irmãs católicas que atuam no bairro, o censo de 1980 não forneceu dados numéricos por bairros e sim por regiões.

A população da Vila pode ser estimada pelo número de casas do bairro (487) sem considerar aqui as construções feitas após a entrega da casa, como: acréscimo dos cômodos na casa original e novos cômodos no fundo do quintal. Não existe qualquer dado oficial sobre o total de habitantes e o número médio habitantes/casa.

(1) Atualmente tal descrição não corresponde a realidade pois, novos bairros foram incorporados ao espaço vizinho à Vila Rica.

Com base no levantamento feito com as pastas familiares do Posto Médico, torna-se mais fácil encontrar o número médio de habitantes por rua, visto que, quase a totalidade dos moradores do bairro está matriculado no posto.

Do arquivo das pastas familiares foram analisados os seguintes dados:

- a) chefe da casa
- b) endereço
- c) lista de dependentes
- d) grau de parentesco
- e) data de nascimento

Abaixo são relacionados a rua, o número de pessoas matriculadas em cada rua, o número de casas ocupadas por estas famílias, total de casas na rua e o número médio de pessoas matriculadas por casa.

TABELA I: Número de famílias e pessoas por ruas matriculadas no Posto da Vila Rica. (*)

Rua Nº	Total de casas na rua	Famílias matriculadas no Posto	Número de pessoas matriculadas	Nº médio pessoas/famílias matriculadas
1	12	8	68	8,5
2	23	18	77	4,2
3	23	11	65	5,9
4	22	9	63	7,0
5	21	14	79	5,6
6	10	5	40	8,0
7	9	7	49	7,0
8	20	16	61	3,8
9	21	11	11	4,6
10	21	10	81	8,1
11	22	13	88	6,7
B	11	10	52	5,2
12	25	18	125	6,9
13	27	18	90	5,0
14	41	17	92	5,4
15	45	31	230	7,4
16	35	19	100	5,2
17	40	22	132	6,0
18	01	01	01	1,0
19	5	4	25	6,2
20	4	2	10	5,0
C	48	23	143	6,2
TOTAL	486	287	1721	128,9

FONTE: Arquivo Posto de Saúde Vila Rica - 1980

(*) Atualmente os números das ruas foram substituídos por nomes de metais (rua Ouro, Cobre, Ferro, etc.) mas, ainda são identificadas mais facilmente pelo número do que o nome.

Os dados da TABELA I servem para indicar que existe mais de uma família nuclear morando na mesma casa, ou construindo novos cômodos no fundo, o que provoca um aumento considerável do número de habitantes da Vila.

Quanto à frequência ao Posto de Saúde, esta só pode ser medida pelo número de pessoas inscritas. A matrícula não tem relação direta com a frequência regular uma vez que a mãe, ao procurar o médico da vila para seu filho pela primeira vez, aproveita a ocasião e inscreve todos os membros de sua casa, quer estejam ligados a ela por parentesco ou não, mesmo que não estejam necessitando de cuidados imediatos.

A frequência maior ao Posto de Saúde é sempre de crianças e velhos. Quanto aos membros mais jovens da família que trabalham, recorrem ao INAMPS e certamente contam com algum tipo de seguro-saúde ao nível mesmo da empresa, dando preferência a estes dois tipos de serviço. De qualquer forma, a TABELA I ajuda a descobrir aproximadamente o nº de habitantes da Vila, e também serve ao Posto de Saúde que assim pode avaliar o alcance de sua cobertura na Vila Rica.

Tomando como base os dados obtidos no levantamento, é possível estendê-los para toda a Vila. O número de casas matriculadas (famílias matriculadas por casa) é de 287, e abrange mais da metade de casas existentes no bairro: 486. O número de pessoas matriculadas é de 1721 sendo que o número médio de pessoas por casa oscila entre um máximo de 8 e um mínimo de 3. O número médio é de 5,5.

2.2. A Rotatividade da População

A área pesquisada é densamente povoada, não existindo grande rotatividade entre os moradores-proprietários do bairro, sal

vo o processo migratório de famílias rurais do Estado do Paraná que deslocou grande contingente de mão-de-obra desempregada para a cidade de São Paulo e regiões vizinhas no interior. Acredito que as pessoas provenientes do Paraná que se fixaram na Vila Rica possuíam algum tipo de conhecimento ou grau de parentesco com seus moradores, pois lá não existia pensões ou cômodos avulsos para alugar. Também não eram muito numerosas as casas desocupadas postas a venda ou para alugar ao preço do mercado imobiliário de Campinas, considerado alto comparativamente a outras cidades de seu porte.

Sobre essa rotatividade da população a médica do Posto de Saúde, que lá trabalha desde que aquele era ambulatório médico, observa que:

"A rotatividade de seus moradores é muito pequena. No Posto a gente pode observar uma frequência regular que pode ser dividida em faixas etárias que seriam as mães e as filhas. Isso é devido ao fato da Vila ter sido povoada há 15 anos atrás e ter sido dado referência a casais jovens com filhos para ganhar a casa, e agora esses filhos cresceram e continuam morando lá, já constituíram a sua família, e continuam morando na própria vila e não se espalharam pelo resto da cidade".

Esta explicação se deve ao fato, entre outros, tais como a idade da Vila, de ali haver condições locais de urbanização iguais ao resto da cidade, além de possuir, como todo o núcleo habitacional planejado, equipamentos sociais básicos como ruas asfaltadas, redes de esgoto, água, luz e rede de telefone.

Como foi dito acima, o motivo da persistência dos proprietários da casa e de seus novos agregados neste local, é reforçado pela incorporação da Vila ao resto da cidade através das várias

linhas de ônibus que passam por ela e a seu redor com frequência regular. Além dos melhoramentos de infra-estrutura, a Vila conta com áreas de lazer, creche, grupo escolar, posto de serviço de assistentes sociais, posto de saúde, bares, quitandas, supermercado e uma Igreja Católica.

Devido ao intenso crescimento da cidade, esta região, bem assim como outras semelhantes, tendem a se constituir em novas áreas auto suficientes em que vão se formando redes de serviço para o suprimento da população local. Com a instalação de indústria de pequeno e médio porte, criam-se também novos núcleos de emprego abastecidos com mão-de-obra da própria região. Assim, surgem a Chamburcy, Selmi, La Fachina, várias transportadoras, amplos barracões que passam a ser alugados para firmas pequenas que absorvem mão-de-obra local.

3. CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO DA VILA

A procedência dos atuais moradores da Vila, anterior à constituição da mesma é urbana, e, para a mulher, essa origem primária e atual condiciona suas condutas quando há necessidade de escolha um tipo de tratamento em situação de doença. Em tais situações observa-se que as mulheres recebem informações sobre serviços de saúde através das redes de vizinhança e parentesco mas, para a entender melhor, o processo de escolha de um serviço ou outro, é imprescindível que se localize essa população no mercado de trabalho da região.

São assim é possível entender, de acordo com a disponibilidade de cada grupo doméstico, os caminhos percorridos em busca de cura, que passam pelos serviços de saúde oficiais e pelos populares. E também é necessário esclarecer onde se emprega essa população e qual é a sua remuneração, sempre levando em conta que as atividades remuneradas, fora de casa para as mulheres não são tão diversificadas quanto para os homens.

3.1. O Trabalho da Mulher

Quando comparados os dados obtidos no último cadastramento⁽¹⁾ sobre emprego e mão-de-obra, com os de 1967, realizado pela COHAB-Campinas observa-se que no início do núcleo havia 485 chefes de família, sendo:

(1) Este cadastramento foi feito a pedido da Secretaria de Saúde em 1978 e dele constava dados sobre emprego e remuneração. Os resultados finais não foram obtidos porque a pesquisa ficou incompleta.

Homens..... 342

Mulheres..... 143

Somente com relação a esse dado, o último cadastramento mostrou que o número de mulheres responsáveis pela casa e pela família aumentou sensivelmente. Elas desempenham um papel importante, pois quase sempre verifica-se que os outros membros da casa sendo definidos a partir delas. A mulher é considerada "chefe da casa" mesmo trabalhando fora, ou então organizando as despesas, definindo tarefas. O trabalho predominante entre as mais velhas é o de empregada doméstica. No início da Vila, as únicas ocupações exercidas pela mulher, eram:

empregada doméstica	102
lavadeira	11
costureira	04
balconista	03
atendente	02
auxiliar de enfermagem	01 (')

O restante das mulheres permanecia em casa, pois o mercado de trabalho não oferecia as mesmas oportunidades de emprego para ambos os sexos.

De qualquer forma, o número de mulheres que trabalhavam como empregada doméstica permanece relativamente alto. Atualmente as mais jovens procuram fugir dessa profissão que era a de sua mãe. As mulheres que conseguem terminar o primeiro grau, antigo ginásio, buscam emprego em pequenas indústrias próximas ao bairro ou então no

(') Os dados estatísticos do início da Vila foram retirados do trabalho de A. Candida Coelho de Miranda sobre o Núcleo Habitacional-Vila Rica - cap. IV.

comércio. (')

A persistência de um número significativo de domésticas, encontrado no último cadastramento, talvez seja proveniente daquele primeiro contingente, sendo que algumas já foram aposentadas por idade, compulsoriamente, mas sem o amparo legal da previdência.

Para as empregadas domésticas, a profissão tem início por volta dos 15 anos, e pode ir até os 60 anos. Por ser uma profissão que dispensa registro em carteira profissional, as mulheres param de trabalhar somente quando impossibilitadas por doença ou por idade. É na faixa dos 40 aos 60 anos de idade, que está localizado o maior contingente de empregadas domésticas (15 mulheres), seguidas daquelas de 20 anos a 39 anos (9 mulheres). A maioria delas tem uma jornada de trabalho de 9 horas, retornando a casa à noite. É neste período que elas preparam a refeição do dia seguinte para o marido e os filhos, arrumam a casa e lavam um pouco de roupa.

As mulheres casadas e com família, trabalhando como domésticas, costumam ter uma jornada de trabalho remunerada mais reduzida do que aquelas que dormem na casa dos patrões. Enquanto o primeiro grupo trabalha até às 17 horas, e de volta a sua casa, inicia o trabalho doméstico em benefício próprio, o segundo grupo, continuando na casa da patroa, serve o jantar e fica à disposição da família até o horário de se recolher. Este trabalho não é computado como extra, não lhe reverte nenhum benefício. "... Achei que era mais fácil trabalhar em casa de família porque já tinha onde dormir, comer, já tava acomodada". Nos dois casos a relação patroa-empregada, é caracterizada pela exploração do trabalho da empregada, em geral mal remunerado.

(') Sobre esse tema são transcritos, no final do capítulo, trechos de uma entrevista com uma das empregadas domésticas do bairro.

O depoimento da médica do posto complementa estas afirmações. Ao conviver com mulheres que frequentam o grupo de pré-natal do Posto, essa profissional é capaz de identificar com precisão quem é da Vila e quais são as características das mulheres de lá. Isto por que:

"... A Vila Rica é onde tem uma população diferente do resto. É nessa vila que a gente tem um maior número de mulheres não casadas, de mulheres descasadas de mulheres viúvas, mãe solteira. Nessa Vila o processo de desagregação familiar é muito intenso, aí a gente tem alguma problemática diferente..."

Quanto ao trabalho feminino, ela especifica:

"... Também nessa Vila as mulheres são mais urbanizadas, tem mais contato com a vida urbana. É onde tem maior número de mulheres empregadas. Como empregada doméstica tem bastante e em outros serviços, em pequenas confecções, lojas, comércio...."
(médica do PS Vila Rica).

3.2. Outras Profissões

Mesmo não conseguindo obter dados completos sobre a ocupação atual de todos os moradores da Vila, é possível adiantar algumas considerações a esse respeito, extraídas a partir de 90 famílias de todas as ruas do bairro:

empregada doméstica.....	45
comerciário.....	06
escriturário.....	16
construção civil.....	15
operário.....	25
autônomo.....	05 (')

(') Dados retirados do Cadastro do Posto de Saúde da Vila Rica.

Ainda sobre a amostra populacional, note-se a frequência da profissão de escriturário para ambos os sexos. Ela engloba as atividades de datilógrafa, contador e secretária. É um trabalho atrativo, principalmente para as mulheres que o consideram superior ao emprego de balconista, por causa do status que a profissão de escriturário confere, mesmo que a remuneração seja menor.

Atualmente, as pequenas fábricas da região contratam os jovens da Vila Rica, o que não acontecia no passado, quando não se admitia "O pessoal da Vila Rica e nem gente de cor". (')

Na categoria operário, foram encontrados 25 pessoas que se distribuem como: torneiro, mecânico, soldador, polidor, operador de máquinas, ajudante de produção, eletricista, empilhador. Quando se trata de mulher, a única profissão especificada dentro dessa categoria foi a de tecelã.

Em geral o trabalho nas fábricas é "pesado", tendo o indivíduo que operar com caldeiras e tornos. Não há aplicação efetiva das leis de proteção do trabalho, como, por exemplo, a utilização obrigatória de luvas, óculos, ou botas.

Na Vila Rica há um número razoável de trabalhadores na

(') Essa discriminação vivida pelos moradores da Vila também parte dos bairros vizinhos onde, às vezes, as condições de moradia são até piores mas, aí reside a diferença. "Os outros" se gabam de não morar numa Vila Popular. Para um morador da Vila, "a confusão começou na missa de domingo do Jardim Campos Elíseos quando o padre mandava se retirar o pessoal da Vila prá ele rezar a missa. Foi daí que começou as brigas e também nas festas dos dois bairros..." A afirmação anterior foi dada por jovens que viveram a discriminação.

área de construção civil. É uma profissão muito requisitada pelo mercado imobiliário da cidade, francamente em expansão, e que exige um certo grau de especialização dentro dessa categoria de trabalho. A Vila Rica contribui para a formação desse contingente de mão-de-obra e lá se encontra facilmente o pedreiro, o servente de pedreiro, o pintor, o azulejista, o fiscal de obras e outros, que operam reformas em casas da própria Vila:

"Quem reformou a casa da minha mãe foi Dna. Maria e o marido e ficou caro na época", diz uma das entrevistadas sobre a reforma da casa. A profissão de pedreiro é, em princípio, um trabalho essencialmente masculino. Mesmo assim, encontrou-se uma mulher que trabalhava como azulejista e pedreira. Para os pedreiros da Vila, a diferença de seu trabalho realizado na Vila mesmo e de outros, é a forma de pagamento: para trabalhos realizados fora do bairro o pagamento é feito em dinheiro (com excessão de Dna Maria). Para construção ou reformas de casas na própria Vila os pedreiros costumam trabalhar em regime de mutirão, junto com o dono da casa, nos fins de semana e, contentam-se com a cerveja e pinga no final do dia.(')

Em todas as profissões, excetuando a de empregada doméstica, exige-se um grau mínimo de escolaridade. No caso do homem, as condições para conseguir trabalho diferem das de mulher, porque dele se exige, depois de completados 18 anos a quitação do serviço militar para a admissão em emprego mais ou menos estável.

Os moradores que trabalham na Prefeitura, foram computados como "funcionários municipais", sem haver sua inserção nos vã-

(') Essa forma de trabalho será abordada mais adiante no item "a reforma da casa".

rios departamentos da Prefeitura Municipal: coletor de lixo, jardineiro, faxineiro, varredor, pedreiro, pintor, office-boy, motorista guarda e mecânico.

3.3. Os Autônomos

Ainda existem na Vila pessoas que trabalham por conta própria e que se definem como autônomos, isto é, não tem nenhum vínculo empregatício com uma firma. Na amostra de 90 famílias há 5 pessoas assim definidas, que nem sempre tem registro em carteira de trabalho ou pagam o INAMPS, as profissões apontadas foram: pintor, pedreiro, motorista de taxi, carpinteiro e tapeceiro.

Outra distinção encontrada foi entre o tipo de trabalho que o indivíduo aprendeu desde criança (o ofício) e a ocupação exercida atualmente. Aqueles que tentam manter seu ofício, trabalham por conta própria e estão sempre às voltas com a oscilação da oferta e procura de seus serviços. Na época de pouca procura eles fecham "o negócio" e vão fazer fichas nas fábricas da região. Enquanto isto não acontece, o trabalho é feito artesanalmente, na própria casa, ou se compartilha com outra pessoa uma oficina que pode ser: mecânica, carpintaria ou serralheria.

É difícil levar em frente este trabalho sozinho, sem a ajuda de filhos ou parentes. A tendência que se observa é o desaparecimento dessas oficinas artesanais, substituídas pela indústria média que produz em série. Portanto muitas vezes, quando conseguem se engajar na produção industrial, o ofício vai ser abandonado e se tornam operários, independentemente daquilo que já sabem fazer ou em que se especializaram.

4. OS USOS DO ESPAÇO

4.1. A Extensão e a Reforma da Casa

"... Na Vila Rica há um processo muito grande de redivisão da casa. A casa é redividida em 2 em 3 casas. Às vezes um quarto é ocupado por uma família e frequentemente a casa no fundo é grudada na casa, o terreno é pequeno, a entrada é independente..." (médica da Vila Rica)

Esse depoimento procura descrever a situação das famílias em fase de crescimento. Como já foi visto anteriormente, a rotatividade dos moradores do bairro é baixa relativamente ao resto da cidade.

De acordo com o depoimento de algumas famílias recém-formadas, com um ou dois filhos as quais moram na casa dos pais, a construção e permanência no local - aumento da casa com modificação na planta original ou novos cômodos nos fundos - depois do casamento, se deve, em grande parte, ao problema financeiro. Isto é, falta de dinheiro, tanto para a família nova como para a dos pais. Sendo os novos casais membros produtivos, a permanência na casa vem contribuir para a divisão das despesas (em comum água e luz) e das tarefas, como por exemplo, aquela de tomar conta dos netos e sobrinhos, realizadas respectivamente por uma avó ou pela tia, respectivamente, para que os pais trabalhem.

Com o casamento da filha, geralmente, procura-se construir cômodos nos fundos para abrigar a nova família, não exigindo do casal o pagamento de aluguel.

O depoimento de uma mãe que tem criança matriculada na creche, ilustra a explicação anterior e traduz o modo de vida de alguns moradores do bairro:

"Geralmente, na mesma casa moram duas ou mais famílias juntas por causa do problema financeiro do recém casado. E quase sempre é a filha que continua na casa dos pais. As despesas com alimentação são separadas e a água e luz são juntas. Eu também uso a geladeira e o banheiro da casa da frente. Mas, tem também casas que o casal novo não paga e nem ajuda em nada, é mais difícil acontecer. O comum é dividir, mesmo quando não tem casamento certo, se divide tudo entre os filhos". (mãe de 25 anos)

As casas da Vila Rica são, aparentemente, iguais. As diferenças entre elas surgem após a reforma, em que se acrescenta mais um cômodo dentro da própria casa, levantando paredes, redividindo o espaço interno ou incorporando a área livre da varanda e jardim.

Ao observar como os moradores da Popular utilizam seu espaço interno, Canesqui lembra que as reformas visam a diferenciação entre os próprios, o que evidencia a heterogeneidade dessa população. (')

Na Vila Rica a reforma ou extensão da casa responde a uma necessidade prática, imediata, relativa ao problema de moradia dos filhos que se casam e se constitui numa forma de auxílio que os

(') A. M. Canesqui - "Comida de Pobre, Comida de Rico", tese de doutoramento - UNICAMP, 1976.

Sobre a heterogeneidade entre os moradores a autora ressalta que: "esta se projeta no espaço interno e externo das casas. Por um lado, esta heterogeneidade já é construída "a priori" pelos agentes financeiros distribuidores das residências, mas, de outro, ela depende da forma como diferentes famílias se organizam para obter um determinado nível de rendimentos e poder, assim realizar os seus projetos idealizados de consumo".opus cit. pág. 61.

pais encontram servindo também a todos, uma vez que as despesas são divididas.

Uma das mulheres entrevistadas mostra sua satisfação com a manutenção de seus três filhos na mesma casa, após o casamento o que, de resto, foi muito conveniente:

"... Meu marido morreu faz um ano e sete meses. Antes dele morrer, logo que pude, reformei a casa. A gente construiu mais um cômodo aqui dentro para meu filho e outro atrás, no quintal, para minha filha mais velha que esta casada há 4 anos e tem 2 filhos. Agora só falta taquear e forrar a casa... (')

Embora não seja este o aspecto principal que deva ser re-
tido no momento ressalte-se que a reforma da casa, para abrigar e a-
companhar o crescimento da família, é um sonho presente e constante
entre todos os moradores da Vila que ainda não conseguiram tal faça-
nha.

Como a preocupação aqui é a de entender a montagem das
estratêgias de saúde e, saber como elas podem ser objetivadas, é im-
portante adiantar que estas dependem de disponibilidade econômica
do grupo doméstico, do mesmo modo que ocorre com a reforma da casa.
Referir a reforma não significa que as duas tenham igual peso quando
se trata de definir por uma ou por outra. Apenas que, quando se gas-
ta muito para a manutenção da saúde do grupo, pouco resta para as

(') Esta senhora, já com 51 anos de idade, não trabalha mais como do-
méstica. Devido aos problemas de saúde, primeiro do marido e de-
pois da filha, ela teve que permanecer em casa e, atualmente é
tida como chefe da família e responsável pela divisão das despe-
sas entre todos. "... só assim a gente consegue reformar a ca-
sa, ... todos trabalham, eu levanto às 5 hs. para fazer o almoço
para eles".

outras necessidades, tais como a reforma da casa.

Em outras palavras, o dinheiro necessário para a reforma pode ser retido em forma de poupança familiar, em que todos dão a sua contribuição. Enquanto tudo funciona conforme o planejado, esta poupança pode permanecer guardada e, logo a construção é iniciada mas, em etapas, como vimos no depoimento anterior ("... agora só falta ta quear e forrar a casa").

Vejamos então a extensão da importância desse item em Kofes ('). A autora, interessada em saber como os moradores da Vila 31 de Março se auto consideram, analisa as representações (deles) sobre o que é ser da pobre e morar numa vila popular e, aponta a reforma como um dado essencial nesta diferenciação. Ela diz que: "a reforma da casa é sinal constante para definir as categorias arroladas (os pobrezinhos e pobres, os que vivem mais ou menos, e gente mais elevada). A reforma "tem tal peso que, em certos momentos, torna-se uma categoria os que "num reformaram a casa" ..."('')

Além da construção dos cômodos no fundo da casa, existe outro tipo de reforma igualmente almejada, considerada também necessária, que é a modificação da fachada. Nesta modalidade de reforma os moradores constroem muros altos ou colocam grades de ferro, inclusi-

(') Para Kofes, os recursos para as reformas da casa são provenientes; além da poupança familiar, "da venda de bens (terrenos), compra do material a prestação, indenização por perda de emprego e também da loteria..." in Kofes de Almeida. "Entre nós, os pobres, eles, os negros". tese de mestrado UNICAMP 1976 mimeo.

('') Daí a auto classificação desses moradores: "... os que podem porque reformaram a casa, os que não reformaram a casa mas passam fome, os que estão ruim isto é passam fome, não tem água, não tem luz, "num tem meios de subsistência". Kofes, opus. cit., pp. 55 e 56.

ve, podendo transformar o jardim em abrigo para carros.

Os motivos para a modificação da fachada são vários, podendo significar um dos meios encontrados para os moradores do bairro se diferenciarem - próprio de um sistema altamente competitivo. Ou então, como declarou uma moradora que construiu um muro de tijolos na frente da casa, mantendo o portão sempre trancado, o motivo seria o seguinte:

"O muro alto se constrói para tampar a frente da casa. Alguns pensam que com o muro é mais difícil roubar o bujão de gás e a roupa do varal; só daqui já roubaram duas vezes o bujão de gás. Sem o muro o pessoal rouba até o sabão em pedra. Outros pensam em construir o muro para tampar a construção que já está velha e precisando de pintura, a mesa da sala, a geladeira, o sofá, porque a porta fica sempre aberta".

Nestas palavras há um componente simbólico de peso e Kofes, que analisa a importância desse tipo de construção, relata com precisão o seu significado: "... trata-se de algo construído por eles e que marca os limites da casa e reafirma a propriedade".⁽¹⁾

De tudo o que foi dito é importante reter alguns aspectos quanto à: reforma da casa, cômodos no fundo ou muro na frente,

(1) Tal idéia pode ser aplicada à Vila Rica onde essas reformas contêm o mesmo significado daqueles moradores da Vila 31 de Março. Alguns pontos de aproximação podem ser feitos entre os moradores de ambas as vilas populares, tais como: habitam na periferia da cidade, em vilas contemporâneas com características semelhantes aos migrantes remotos, também lutam com as mesmas dificuldades na satisfação das necessidades - emprego, por exemplo. Kofes, opus cit., p. 68.

quase sempre realizada através de mutirões, "... onde todo mundo trabalha, os amigos ajudam. Como a Igreja da Vila que esta sendo construída assim; os moradores são 'convidados' a ajudar no que puder. O dinheiro do material vem do 'dízimo'...". Quando da reforma da casa, participam dos mutirões pessoas que fazem parte da rede de amigos ou parentes da família, é o que me diz Antônia, que mora em 3 cômodos construídos no fundo da casa do sogro:

"... Essa casa que eu moro foi feita pelo meu cu-nhado e o patrão dele. Demorou mais saiu e a gente não pagou nada, sô a cerveja que eles tomaram quando vinham no fim de semana".

Neste serviço a mulher também faz as vezes do homem, assentando azulejos ou levantando paredes. Relativamente a essa questão, Antônia tem também um exemplo significativo:

"... Já a casa da frente da minha mãe, quem reforma foi aquela mulher que é pedreira e o marido dela. Foi tudo pago em dinheiro e ficou caro na época".

É mais difícil encontrar famílias que contratam serviços de pedreiro para a reforma da casa. Sempre existe, entre os conhecidos da família, alguém que é pintor ou marceneiro, disposto a colaborar, mesmo não sendo da Vila. É o que mostra o depoimento abaixo:

"... as reformas são feitas pelos donos da casa que economizam por algum tempo, esperam as férias, junta os amigos e começa a reforma. Nem sempre o dono é o próprio pedreiro. A construção é iniciada durante as férias, e com a ajuda de um pedreiro o

dono pode terminar a reforma. Foi como fez o vizinho de baixo. A casa foi reformada por ele e alguns amigos". (dna. Lúcia moradora da Vila)

4.2. O Interior da Casa

"Vai entrando que a casa é simples, passa aqui pro fundo, não repara mais a casa é tão velha..." (moradora da Vila)

No decorrer das entrevistas tive melhor oportunidade de conhecer os interiores das casas, pois, nesses momentos, tornei-me mais familiar e comecei a frequentar, assiduamente as casas de conhecidos.

Logo ao entrar na casa o que chama mais atenção são os opostos. Algumas casas primam pela simplicidade e frieza do ambiente. Poucos móveis, chão de cimento, ausência de cortinas nas janelas. Enquanto em outras, a sala é cheia de móveis, completa, sobrando pouco espaço para a circulação. A iluminação provém quase sempre da rua, pois a porta de entrada permanece aberta e a cortina de algodãozinho fechada. Há um lugar de destaque para a televisão, a máquina de costura e a geladeira. Nas paredes quase sempre a figura de antepassados ou parentes mais queridos: são fotografias dos que já morreram ou estão distantes, não faltando um lugar especial para os santos. Nossa Senhora Aparecida, a mais frequente. Junto com as gravuras retiradas de folhinhas ou objetos de sorte - figas de louça, ferraduras - há também quadros da Santa Ceia, distribuídos desigualmente por todas as paredes.

Nas casas que ainda conservam a distribuição original dos cômodos, a cozinha, com o espaço bastante reduzido, em geral só comporta um armário de parede ou um guarda-comida ou ainda uma mesinha

estreita. Quando o fogão esta sendo utilizado ou, quando se está lavando louças, a cozinha não comporta mais de uma pessoa.

Naquelas casas que não possuem copa, a mesa de refeições e as cadeiras, ocupam o lugar da mesinha de centro da sala de visitas sem faltar uma cristaleira. Todos esses móveis são simples e baratos; os sofás e as poltronas são de plástico, a mesa e a cadeira são de fórmica, somente a televisão é nova. O rádio sô sobressai na sala daquelas casas onde não existe televisão.

Não há preocupação em ocultar o que se passa no interior da moradia, pois a porta permanece aberta, o que aumenta o espaço da casa. Poucas famílias possuem objetos de valor a serem ocultados, e partem do princípio de que a diferença entre os moradores é mínima. Está claro que a construção do muro alto é sinal de diferenciação, mas, mesmo depois de construído, portas e janelas continuam abertas.

É aspiração de muitos modificar a mobília da casa. Mas, por um bom tempo, apenas uma das famílias com quem tive contato conseguiu seu intuito. Quando da minha última visita a esta casa, notei que os móveis da sala haviam sido trocados. Indagada a respeito, a dona da casa respondeu que: "O jogo da sala foi presente de Natal do meu filho". Este, que é casado, divide a casa de 4 cômodos com os pais de modo que, o presente para a mãe foi extensivo a todos.

Entre os moradores também são buscados outras formas para a efetivação da diferença e para que uns se sobressaiam relativamente aos outros. Uma aspiração própria dos jovens é a compra do carro, geralmente velho e mal conservado. Sobre esse assunto é importante destacar uma passagem:

"... Tem gente que acha que o carro não modifica a gente, eu acho que sim. Porque, antes, quando eu

não tinha carro muita gente não ligava pra mim, aquela menina (aponta a vizinha) foi minha namorada, me trocou pelo meu amigo antes de eu comprar o carro agora, anda atrás de mim e eu não quero mais saber dela. Eu sei que elas sô ligam pro carro, não é pra mim, mas ele ajuda, dá uma força. ..."

O desejo de modificar a fachada da casa e renovar seu interior é comum a todos, denotando a heterogeneidade interna dessa população, que também se diversifica quanto a percepção de rendimentos e a forma de inserção da mão-de-obra no mercado de trabalho local. Objetivando a ascensão social, os moradores tem em vista alcançar o modo de vida da classe média. Relativamente às estratégias de saúde, o modelo de conduta a ser reproduzido é proveniente também da classe média.

4.3. Os Três Territórios da Vila

"... eu é que não passo do bar da Creche (em frente) daí pra cima é perigoso, não dá pra ir sozinha". (moradora da Vila, 23 anos)

Para um observador desatento passa desapercibido uma nova divisão dentro do próprio bairro no que diz respeito exclusivamente ao espaço físico. Essa divisão não pode ser detectada, à primeira vista, por placas ou ruas, uma vez que ela não é institucionalizada. São fronteiras demarcadas por aqueles que ali vivem há algum tempo. Qualquer pessoa pode, em poucos minutos, percorrer à pé toda a Vila. Portanto, a divisão, dado o tamanho reduzido da Vila não apresenta uma lógica para a sua existência, tendo se constituído, provavelmente, pelo hábito, a frequência, a facilidade ou dificuldade

de acesso à determinadas ruas, ou então pela extensão de suas redes de vizinhança.

Existem na Vila três partes demarcadas por construções maiores (Creche e Grupo Escolar) ou então por áreas públicas (Av. das Amoreiras, Campo de Futebol) ('). A parte de baixo que vai do Campo de Futebol à Creche, em horizontal e compreende as ruas paralelas entre si são as de número 7, 8, 9, 10, 11, 8, 13. A parte de cima que vai da Creche até a Avenida das Amoreiras, é composta pelas ruas nº 1, 2, 3, 4, 5, 6, 12. A parte do lado, composta pelas ruas de nº 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 e o são paralelas ao grupo escolar. As partes opostas pouco se conhecem e, portanto, pouco se frequentam. Parece que os rapazes tem passe livre nos "tres territórios", enquanto que as moças não. Tal divisão não chega a ser obstáculo para uma união maior da comunidade em torno de um bem comum. Ela é, muitas vezes, imperceptível e se dilui nas festas de família, encontros do bairro, nas Associações e Missas.

Esta divisão foi sentida por mim quando andava por toda a Vila com algumas pessoas da "parte de baixo". Elas assim se expressavam:

"... não deve ser muito bom morar lá, parece que não tem criança na rua, as casas são mais conservadas, estão sempre fechadas". (moradora do bairro. 26 anos)

(') O campo de futebol situa-se no limite entre a Vila Rica e o Jardim Novo Campos Elíseos. É considerado pelos moradores como "área livre" mas, na verdade, o terreno é da Prefeitura. Lá também, ao lado, foram construídos barracos ocupados por favelados.

Não tive oportunidade de frequentar igualmente as duas partes. Coincidentemente, todos os meus conhecidos da Vila (as pessoas mais chegadas a mim) moravam na "parte de baixo". A referência explícita a essa divisão, costumava aparecer nas entrevistas com os mais jovens e nos momentos de identificação das diversas agências de saúde do bairro; "... dna. Maria que benze gente grande mora "lá em cima", perto do grupo escolar".

Há alguns lugares dentro da Vila que não devem ser frequentados pelas moças. O bar ou a barraquinha (ver mapa em anexo) é um deles, ou mesmo algumas ruas. Elas podem assistir a partida de futebol, tomar sol nas áreas livres⁽¹⁾, assistir aos ensaios da escola de samba, fazer compras no supermercado da Vila, enfim, andar pelas ruas mais movimentadas, evitando as mais desertas. As "discotecas", ocasionais em fins de semana, organizadas pelo grupo de jovens da Comunidade, também são frequentadas pelas meninas da Vila quando não há muitas alternativas de programa.

"... A gente prefere ir nas discotecas ou sambão da Vila Pompêia se não dá prá ir na cidade".

4.4. Como se vêem e como são vistos os da Vila

"Quando vou na cidade eu não falo pros rapazes que moro na Vila. Bastou falar que a gente mora na Vila Rica que eles vão saindo de fininho. Prá voltar

(1) Áreas, a princípio destinadas para lazer e que não foram conservadas. Elas tinham, anteriormente, a função de evitar a passagem de carros e facilitar o acesso às ruas para os moradores. Este método foi utilizado pela COHAB somente nessa Vila e depois foi abandonado, passando a construir em toda a área disponível deixando espaço apenas para um jardim público ou para uma única área de lazer.

prã casa a gente racha um tãxi mas nunca pega caro na até aqui". (moradora da Vila Rica - 17 anos)

A preferência pelo centro da cidade e por outros bairros que não a Vila Rica traduz, em parte, a imagem que as pessoas de fora tem da vila popular. Pelo depoimento acima posso depreender que a imagem não é muito positiva. Vejamos porque isso ocorre.

Durante algum tempo a Vila Rica foi tida pelo resto da cidade como um "antro de marginais", um lugar perigoso, constantemente visitado pela polícia, onde residem traficantes de drogas e ladrões de carro, enfim um "bairro da pesada". Esta fama acabou por influenciar a própria imagem que os moradores fazem de seu bairro, ao ponto de assumirem tal estigma e conviverem pacificamente com ele, mesmo sabendo que nos últimos tempos diversos outros bairros passaram a dividir com a Vila Rica esta fama.

Hoje seus moradores colocam dentre as suas reivindicações principais, um Posto Policial para a Vila. Mas, ao mesmo tempo, todos tem consciência das arbitrariedades praticadas pela polícia com os mais jovens, que não podem sair às ruas sem portarem documentos de identidade. Afirmam que "ladrão da Vila não rouba gente daqui porque é igual". Isto significa que os moradores reconhecem a existência de ladrões, e alguns chegam a explicar o motivo do furto, sendo solidários.

As pessoas mais velhas, que moram na Vila desde a sua constituição, concordam com a fama que o bairro alcançou, mas também acham que houve melhoras e, atualmente, não faz sentido esconder sua procedência, quando é necessário declinar a moradia. As brigas nas ruas são mais esporádicas, os tiros e a confusão com a polícia diminuíram. Agora assistem a isso, com frequência, no bairro ao lado, Jar

dim Novos Campos Elíseos, principalmente nos barracos ocupados por favelados.

E, como diz um jovem morador:

"... A Vila continua interessante e movimentada , continua acontecendo coisas estranhas. Ontem à noite morreu o Valdir, um moço de 22 anos. Morreu esfaqueado no caminho de casa, morava lá nos barracos, do lado do campinho. Acho que tava vindo da casa dele na Vila (da casa da mãe dele). Morreu porque ninguém socorreu, se tivesse socorrido na hora dava pra salvar, ninguém quis mexer no corpo até a polícia chegar..." (morador da Vila, 27 anos)

Acontecimentos resultando em morte, brigas, prisão, assassinatos, são vistos, aqui, como "normais" e às vezes "estranhos" quando inexplicáveis mas, justificados pelo alto grau de violência do bairro e das regiões vizinhas.

A violência urbana não diminuiu nesses 16 anos de Vila. Pelo contrário, as agressões, os assaltos existem lá, como em qualquer outra parte, por que são frutos das más condições de vida, e de trabalho, de toda a classe trabalhadora. Portanto, na Vila Rica a violência existe, mas está diluída no resto da cidade, não é exclusividade dos moradores deste bairro.

Em geral, o discurso desses moradores procura evidenciar a aparente igualdade entre eles. Até o momento, busquei ressaltar suas formas de diferenciação, reforma da frente da casa, troca de mobília, compra do carro. Aparentemente, para uma pessoa que não conhece os moradores da Vila, ou para os que não os frequentam com relativa assiduidade, não há, entre eles, nenhuma diferença de cor, raça ou credo. De fato, isto não pode ser notado, porque tais crité -

rios não estão em questão, pelo menos entre eles. Mas, eles sabem apontar com rapidez quem é da Vila e quem não é.

Quais seriam os critérios utilizados para definir a procedência das pessoas que circulam pelo bairro?

Pessoas consideradas "de fora" pelos moradores, são aquelas que quebram padrões de comportamento reconhecidamente locais, estabelecidos pelo tempo de conviência. São atribuídos às pessoas "de fora" características que remetem à aparência pessoal como: tipo de roupa, jeito de andar, com quem falam e quem visitam no bairro.

Quando buscava compreender essas diferenças eles se faziam entender dando exemplos: "... é como você de repente fosse comprá cigarro no bairro da Creche (em frente), lá só vai homem bebe pinga, mais você não sabe e vai... Além do fato de estar quebrando as regras de comportamento dos moradores, as diferenças entre eles e os outros podem ser atribuídas através de sinais aparentes: "o jeito de andã, o jeito de falã, a roupa, da pra vê que é de fora".

Além dessas pessoas que passam eventualmente pela Vila, existem ainda aquelas que chegam no bairro através de uma entidade que se instala, afim de prestar serviços à comunidade, mesmo que tal idéia não tenha partido da própria Vila. Isso faz com que a relação que se mantém com essas entidades seja unilateral, isto é, a iniciativa em se promover qualquer atividade não parte dos moradores, e, parece que a população sabe discernir entre aquelas agências externas prestadoras de serviços relevantes como o Posto de Saúde e as outras que representam entidades com as quais os moradores, obrigatoriamente, tem que manter algum tipo de vínculo, como, por exemplo, as assistentes sociais da COHAB ou da Prefeitura. As primeiras, estão no bairro representando os interesses da empresa, procuram as famílias que deixam de pagar a prestação da casa e estudam seus motivos. As últimas organizam atividades para ocupar mulheres e crianças

que permanecem em casa no período da tarde. (')

Já as Irmãs Católicas não são consideradas "de fora". Elas representam a Igreja naquele local e moram lá desde a criação da Vila, numa casa doada pela COHAB e seu trabalho se resume à assistência aos doentes e famílias necessitadas, promovem cursos para batismo e casamento, sendo respeitadas por todos.

O mesmo não acontece com o grupo de mulheres do Lions, que utilizam o espaço interno do bairro para fazer trabalhos assistenciais. Por possuírem recursos elas podem promover atividades culturais e recreativas e aparelhar o ambulatório médico.

Diferenças entre essas duas agências podem ser mostradas quanto ao uso do espaço interno da Vila. Enquanto as Irmãs Católicas usam o espaço da Vila para moradia e atuação diária no bairro, as mulheres do Lions e as assistentes sociais aparecem por lá em alguns dias da semana e apenas o tempo suficiente para dar aulas e montar novos cursos para as moradoras que ficaram em casa e que não são muitas.

São cursos de curta duração para culinária, bordado ou pintura e que não despertam muito interesse. Observo que a frequência e o número de mulheres é sempre o mesmo. Estes grupos "de fora" conseguem atingir toda a população que não se sente muito motivada

(') Tal presença, e aqui não se discute o tipo de atuação das agências populares, indica a existência de relações conflituosas entre os moradores e as assistentes sociais da COHAB pois, a fiscalização e a cobrança mensais não são bem aceitas pela população. Claro está que, a casa que eles compraram há 16 anos, não presta mais a moradia sem que não tenha feito a necessária reforma, por isso, não acham justo serem cobrados. Já as assistentes sociais da Prefeitura, atuaram no bairro há um certo tempo e mantinham algumas moças para organizar recreação. Neste caso, o vínculo entre essas assistentes e a população é menor e não obrigatório por parte da última.

para participar. Na Vila mais próxima - Perseu Leite de Barros - o mesmo grupo de assistentes sociais trabalha na organização de cursos semelhantes, com maior sucesso.

Outras agências que atuam no bairro utilizam seu espaço, prestam serviços e podem ser consideradas internas a Vila. É o caso do Posto de Saúde e as agências de cura popular. Estas últimas, representadas pela benzedeira, prestam serviços à comunidade e às pessoas de fora, mantendo com o bairro uma relação de igualdade.

Quanto ao Posto de Saúde que atende ao bairro e sua vizinhança tem uma relação com a população da Vila, às vezes conflituosa. Isto porque os moradores do bairro acham que por abrigar o Posto de Saúde em seu espaço e tê-lo feito crescer deveria ser melhor atendidos:

"... acho que não é direito o Posto atender tão pouca gente da Vila já que o Posto é aqui. Também não é certo a enfermeira atender no lugar do médico".

Muitas vezes, a pesquisadora foi usada como veículo de queixas dos moradores quando queriam reclamar do serviço médico. Alguns achavam que era representante do Posto de Saúde e por isso aproveitavam para manifestar seu descontentamento:

"... A gente vai lá pra consultar o médico e quem atende é a enfermeira que mora na rua de baixo, dá uns remedinhos e não deixa passar no médico".

Ou ainda referindo-se ao fato do Posto não receber um maior número de inscritos da Vila Rica:

"... tô muito descrente desse Posto. Acho que o Posto assim, do jeito que vai, acaba logo, porque ninguém vai lá".

Geralmente eram mulheres, antigas moradoras, que reclamavam do Posto mas as queixas, em sua maioria improcedentes, não eram comum a todos os moradores. O motivo principal da insatisfação é que elas se sentiam injustiçadas por não receberem um tratamento diferenciado daquele dos moradores de bairros vizinhos, recentemente incorporados a área de cobertura do Posto. De qualquer forma, os serviços que o Posto prestava eram bem recebidos por todos e o fato de estar instalado no espaço interno do bairro sempre foi motivo de um certo orgulho manifesto no discurso e na procura dos seus serviços.

4.5. A Mulher e a Vila

Até o momento, pouco se falou a respeito da mulher da Vila Rica que permanece em casa. O que faz essa mulher? Como divide seu tempo? Como é o seu relacionamento com a vizinhança?

Para responder a essas questões é necessário, primeiro, mostrar que condições a Vila oferece para abrigar as crianças e assim possibilitar facilidades para que as mães possam trabalhar.

A Vila Rica goza de privilégios de uma primeira Vila habitacional. Lá foram construídos um maior número de áreas de lazer e espaços livres menores que formavam pequenos jardins no final de algumas ruas. (Ver mapa em anexo)

Na Vila Rica constatou-se a presença de equipamentos sociais, tais como uma creche que inicialmente abrigaria as crianças da Vila, um ginásio com quadras cimentadas e piscina, uma quadra de esportes, Centro Cultural e o Posto de Saúde. Nem tudo o que foi programado funciona adequadamente: insuficiência de vagas para as crian

ças da Vila(') na creche e no ginásio. Neste funciona o 1º e 2º grau e não abriga toda a demanda porque serve também a outros bairros. Suas quadras de esporte e a piscina, há muito foram abandonados por causa das constantes invasões e depredações em sua maioria provocadas pelos jovens da Vila. A quadra de esportes, e Centro Cultural do bairro, estão sempre necessitando de reparos por causa dos vidros e cercas quebradas. Para mantê-los em ordem, é necessário uma utilização frequente e intensa e a manutenção de guarda noturno.

Diante desse quadro, a mãe, sem muitas outras alternativas, procura vizinhos e parentes para auxiliá-la nessa tarefa de "olhar os filhos" ou então, se puder subemprega outra mulher para cuidar dos filhos menores. Isso quando ela tem um emprego e necessita conservá-lo.

Quando a mulher permanece em casa, pode manter um bom relacionamento com seus vizinhos. Informalmente, a rede de vizinhança e amizade é construída a partir da rua onde todos conhecem sendo as mulheres responsáveis pela manutenção e crescimento da referida rede. Em geral, quando necessário, elas permanecem em casa com mais frequência que os homens, cuidando do serviço doméstico e dos filhos, o que não é uma regra sem exceção, visto que, os homens, quando desempregados ou aposentados, também auxiliam as mulheres, cozinhando ou varrendo a casa.

Os moradores da Vila se cruzam no ônibus, ou então nas suas ruas. Cada rua tem um tipo de relacionamento entre as famílias

(') Cada bairro vizinho tem direito a um determinado número de crianças, de acordo com a dimensão de sua população, sendo assim a Vila tem, por ser menor, apenas 20 mães matriculadas. A média é de três filhos por mãe.

de cada casa cuja intensidade é variável. Esta é condicionada pelo maior ou menor número de jovens e crianças, e pela aparência externa das casas, isto é, pelo muro alto, pela limpeza do jardim, pelo tipo de famílias e também pela maior permanência em casa. Nos fins de semana as ruas se transformam, aumenta o 'entra e sai' das casas, as mulheres colocam móveis para fora para limpeza semanal, e o exíguo espaço do jardim serve para quicar e secar as roupas. É também o momento de empreender os consertos e reformas necessárias à casa, contando com a ajuda de seus membros e de eventuais amigos. Por outro lado, os papéis sexuais não são rígidos, contribuindo cada um como pode para a manutenção da casa.

Como já foi dito anteriormente, para as mulheres casadas que permanecem em casa, além das atividades que as assistentes sociais organizam - cursos de culinária e artes -, não existe outra coisa para se ocuparem ali mesmo na Vila, no caso de não mais ter que cuidar dos filhos.

Uma ida à cidade representa algumas dificuldades quando se tem que fazer compras e ainda levar consigo as crianças menores. No caso da mulher trabalhar fora de casa, ela sempre aproveita para comprar o necessário após a jornada de trabalho, antes de voltar para casa. No mais, o que falta de última hora, compra-se no supermercado existente logo à entrada da Vila. Ainda podem contar com uma pequena mercearia, cuja conta é paga no fim do mês. Por não existir feira livre na Vila Rica, seus moradores utilizam o verdureiro que passa diariamente por todas as ruas do bairro, ou então a feira de domingo no Bairro São Bernardo. Nesta os produtos (frutas, verduras e cereais) são mais caros do que nas outras feiras da semana, mas ainda assim é preferível a vir até o centro da cidade porque a distância é menor.

Sobre as feiras as mulheres da Vila tem algo a dizer:

"... aqui já teve feira há uns 7 ou 8 anos atrás e terminou porque o pessoal roubava os feirantes. Aí eles pararam de vir, foi diminuindo aos poucos. Quando acabou, não tinha nenhum que queria montar barraca..."

Ainda com relação à rede de vizinhança, é preciso ressaltar os tipos de informação que circulam por ela. Com os se conversa sobre as dificuldades cotidianas, a falta de emprego, a falta de dinheiro, os cuidados que cada mãe tem com a saúde de seu grupo. Fala-se de novelas de TV, programas de rádio, as brigas com filhos e/ ou marido. Nessa caso as informações que mais circulam são aquelas que provocaram maiores desastres, casos de briga e separação entre marido e mulher, problemas com a polícia, doença e morte. As sanções a esses comportamentos dependem dos critérios de julgamento de cada família. Quem briga não esconde seus objetivos. Parece que tudo é feito em aberto, quem quiser, assiste e ouve, não se tranca portas e janelas. Ao contrário, as brigas ocorrem até nas ruas, ultrapassando os limites da casa e algumas vezes envolvendo estranhos.

Também comenta-se com frequência sobre o médico do Posto, o seu atendimento e a vacinação. Queixam-se muito das doenças atuais que parece ser uma continuação da anterior. Sempre se tem algo a dizer sobre a saúde pessoal ou de alguém da casa. Já que convivem com a doença tão frequentemente, ninguém melhor do que elas próprias para passarem as receitas de chá de ervas ou remédios de farmácia. Estas mulheres parecem possuir uma lista de remédios para os vários males, muitas vezes guardando consigo o frasco antigo ou mesmo a bula. Também sabem dizer como está o atendimento do INPS ou do Hospital-Escola. Sabem das benzedadeiras, sua especialidade e horá-

rios de atendimento, sendo mesmo possível dizer que quase todas já tiveram experiências positivas com o benzimento.

Hã também mulheres que são representantes de firmas de cosméticos ou vendem utensílios domésticos. Neste caso, elas aproveitam para oferecer seus produtos e fazem a demonstração ali mesmo na rua. Enquanto isso, as crianças brincam soltas pelas ruas e sempre são bem recebidas no interior de qualquer residência.

As conversas informais ocorrem, em geral, entre os muros ou nas portas das casas. E, quando recebem visitas não limitam o espaço interno da casa, o cafezinho quase sempre é servido na cozinha. Também os vizinhos se ajudam em ocasiões de dificuldades financeiras. É comum o fornecimento de gêneros de primeira necessidade quando requisitados por outra família na rua tais como: café, açúcar, arroz. Os empréstimos geralmente são pagos sem prazo definido.

Tendo caracterizado o bairro e seus moradores, falta agora saber a que tipos de agências eles tem acesso e isto será visto no 3º e 4º capítulos, nos quais analiso o funcionamento das agências populares - benzedadeiras - e o Posto de Saúde, bem como, procura-se caracterizar as pessoas que lá trabalham.

ENTREVISTA COM UMA EMPREGADA DOMÉSTICA

DA VILA RICA

(Dna. Angela)

- *Faz tempo que a sra. trabalha como doméstica?*

Desde pequena que eu trabalho de empregada. Desde idade dos sete anos que eu trabalho. Depois eu fiz uma pausa de trabalhar em casa de família e fui estudar enfermagem oito anos, mais ou menos, quando foi pra me formar eu virei a cabeça. Comecei a namorar e o namorado não queria que eu continuasse, me arrependo até hoje. Depois eu fui pra SP, depois vim pra Campinas e comecei a trabalhar em casa de família. Achei que era mais fácil trabalhar em casa de família porque já tinha onde dormir, comer, já tava acomodada, né? Naquele tempo demorava mais que agora. Quer dizer que eu tenho um pouquinho de prática, porque lá a gente trabalhava e estudava e praticava (em enfermagem). E agora eu parei depois que a menina nasceu. Dez anos sem trabalhar. Agora comecei outra vez.

- *E por que a sra. começou outra vez?*

Por necessidade. Fiquei sozinha, sem homem, ele foi embora e eu fiquei sozinha né? Só ela e eu. Você sabe, tem a casa pra pagar... Fui eu que comprei essa casa.

- *Quantos tipos de trabalho a sra. já fez?*

De doméstica? De doméstica eu já fiz de tudo: cozinheira, arrumadeira, passadeira, lavadeira. Qualquer coisa: dama de companhia, tomei conta de doente particular. Só faxineira que eu não fui ainda.

- *Em qual destes trabalhos a sra. se deu melhor?*

Quando eu estava com mais saúde qualquer coisa era bom, mas o que eu gostava mesmo era de passar. Gosto muito de passar roupa. Já trabalhei também de costureira.

- *O que é o trabalho para a sra.?*

Para mim significa um ganhã pão, porque a gente trabalha porque precisa, porque eu não vou trabalhar fazendo um sacrifício tremendo, porque justo com o tratamento médico que eu tou fazendo, não podia trabalhar, de jeito nenhum. Meu problema é coração e reumatismo. Teria que fazer repouso mas não dá, porque eu preciso trabalhar. Quer dizer o serviço significa prá mim uma necessidade de trabalho. Não é por prazer nem por gosto. Necessidade mesmo. Por necessidade, eu acho que toda pessoa necessita trabalhar.

- *O que a sra. gostaria que a sua filha fizesse?*

Eu pretendo que ela estude esse ano porque assim ela já entra no escritório, num serviço mais limpo. Eu acho que trabalho de doméstica é muito pesado. Trabalha muito, mexe com água. Acho um serviço meio sujo. Agora, acho que escritório é um serviço mais suave, mais limpo. Já não cansa muito. Serviço de doméstica é sujo. Lida com gordura, com poeira. Sujeira prá mim é isso aí: gordura, poeira. Em casa eu faço o serviço porque tem que fazer, é obrigado fazer. Eu não sei do que gosto, trabalho porque precisa. Eu gostava mesmo era do hospital, como eu trabalhava antigamente. É um trabalho sujo. É sujo, é frio mas enfim é um serviço! Agora prá minha filha eu prefiro um escritório, uma loja. Eu não sei, casa de patroa precisa ter muita paciência e ela não tem. Eu prá trabalhar é na base do calmante. E outra, eu ainda trabalho com duas moças. E quando a gente pega um casal de

gente de idade, que toda a hora tira a gente do serviço prá mostrar uma coisa, prá conversar. Eu já trabalhei assim. Saí mas perdi de sair. Mas eu gostava da velhinha, apesar dela ser rabugenta, toda hora tava me perguntando coisas. Ela era destas também, você limpava, daqui a pouco ela passava a mão prá ver se tava limpo mesmo. Mas eu não ligava não. Eu preferia aguentar a velha com 70 anos do que este menino que estou agora.

ENTREVISTA COM UMA MORADORA DA VILA RICA

(Dna. Dinda)

- *Quando se mudou para a Vila?*

Eu cheguei aqui no dia 13 de março de 1965. Fui a primeira moradora da Vila Rica.

- *Como foi a mudança?*

Como todo começo, foi difícil, foi tudo muito difícil, só tinha água e luz, não tinha ônibus e era um lugar muito afastado do centro, não tinha asfalto e a casa era de chão batido.

- *Onde morava antes de se mudar para a Vila?*

Eu nasci e me criei em Passos (MG). Fiquei viúva com 20 anos e com 4 filhos pra criar. Minha filha mais velha vinha pra cá e eu vim junto. Deixei o resto lá. Aqui eu trabalhei muitos anos como doméstica nessas casas do Cambuí. Minha filha tinha uma pensão na rua Cônego Cipião que logo foi demolida. Ela mudou pra rua Marechal Deodoro perto do mercado velho e ficou um pouco, depois ela mudou pra Vila Marieta. Foi daí que ela foi trabalhar na COHAB e a gente conseguiu "ganhar" duas casas na Vila Rica. Estas duas aqui. Uma ficou pra ela e outra pra minha filha Concebida. As duas são pegada mas bem divididas. Elas são separadas por este muro bem alto (aponta o muro).

- *A sra. continuou trabalhar pra fora?*

Não. Eu era amiga de todas as assistentes sociais da COHAB e da Prefeitura, elas não saíam de perto da gente, ficava o tempo todo aqui na Vila. Logo que eu vim pra cá eles fizeram um barracão bem no meio da Vila e me mandaram cozinhar pra aqueles que não tinha cozinha, pra aqueles que tavam chegando. Isso durou um mês. Foi o tempo de todos

ocupar as suas casas.

- *O que a Sra. fazia aqui na Vila?*

Logo depois eu e a dna. Augusta formamos um Conselho de Senhoras. Era uma comissão que pedia remédios prá ser distribuídos pro povo da Vila. A dna. Augusta era a enfermeira até a gente conseguir um médico prá cá. Todos se ajudavam muito. Mesmo assim a Vila não era muito boa porque nem todos trabalhava. Os que tinha vindo do cortiço e da favela muitos foram despejados porque não pagava. Agora, o que eles precisavam fazer é uma reforma prá conservar a casa.

- *Que tipo de reforma a sra. acha que precisa ser feita?*

A reforma que eu falo não é mexer na frente mais, é construir cômodos no fundo, arrumar o chão. Mais agora a Vila tá boa, o Nelson da Pompêia abriu o mercadinho aqui, tem a Creche, tem o ônibus aqui dentro. Precisava é de uma farmácia, a que tem é muito longe.

... Agora o que não tá bom é o Posto. Não acho direito o Posto atender tão pouca gente da Vila Rica já que o Posto é daqui. Também não é direito a enfermeira atender no lugar do médico. A gente vai lá prá consultá com o médico e quem atende é a enfermeira, dá uns remédinhos e não deixa passar no médico. Por isso estou muito descrente e tem mais gente que acha também. Acho que desse jeito o Posto vai a cabar, porque desse jeito ninguém vai lá.

ANEXO I - Relação dos bairros e ruas desapropriadas da cidade
de Campinas.

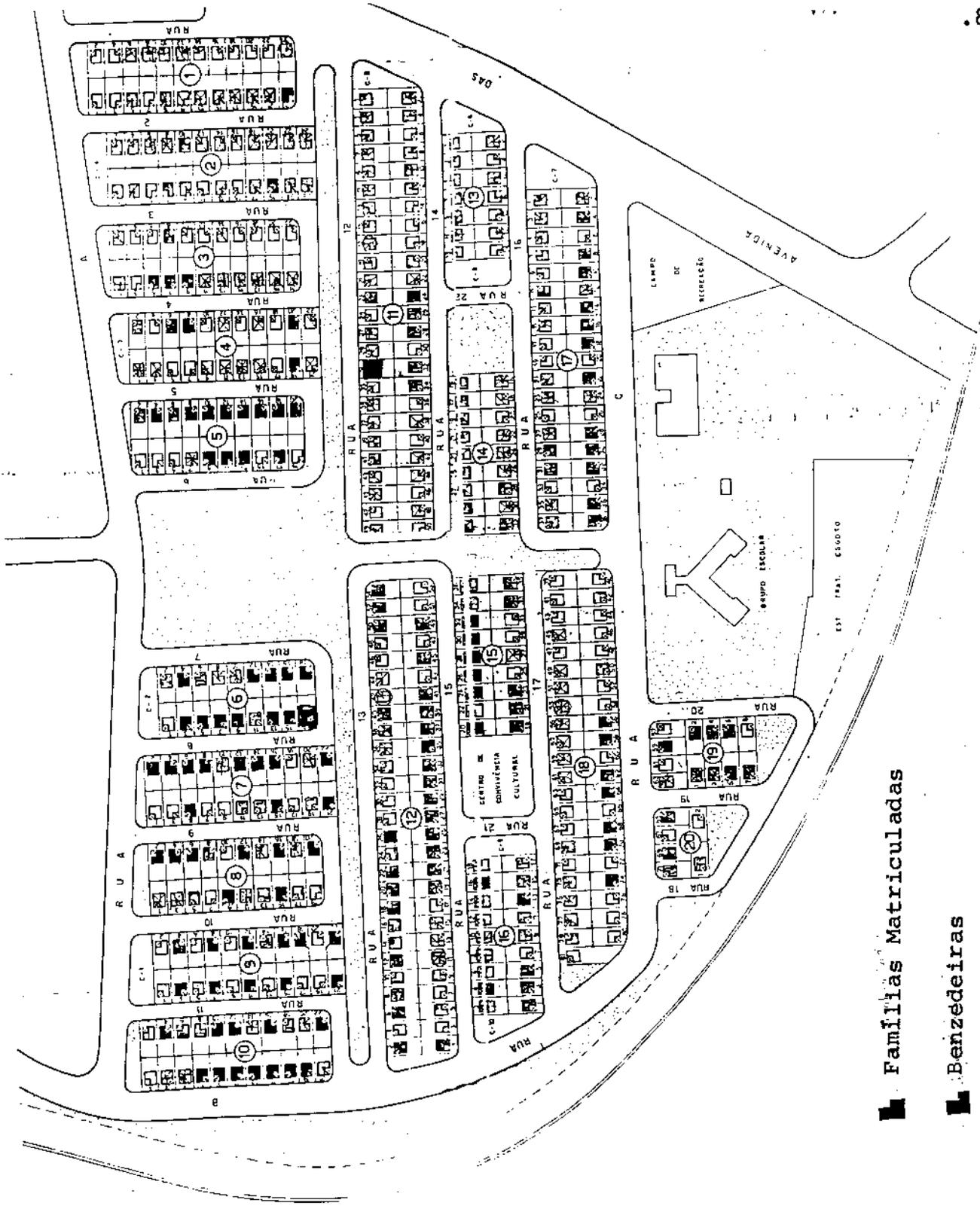
Dos bairros abaixo relacionados, foram retiradas 185 famílias que moravam em barracos

1. Jardim do Lago	36 famílias
2. Vila Mimosa	13 famílias
3. Vila Pompêia	9 famílias
4. Cidade Jardim	28 famílias
5. J. Aero Continental	8 famílias
6. Novo Campos Elíseos	5 famílias
7. Jardim Miranda	11 famílias
8. J. Maria Eugênia	29 famílias
9. Jardim do Trevo	8 famílias
10. Matadouro Municipal	14 famílias
11. Jardim Ieda	13 famílias
12. Jardim Santa Lúcia	6 famílias
13. Jardim das Bandeiras	5 famílias

Das ruas abaixo relacionadas foram retiradas 214 famílias que moravam em cortiços.

1. Chácara Santana	20 famílias
2. Vila Garila	10 famílias
3. V. José Discola	17 famílias
4. Xafitelli - Panela de Pressão	21 famílias
5. Rua Ademar Eter	2 famílias
6. Rua Oscar Leite, 145	2 famílias
7. R. Amador Bueno, 145	10 famílias
8. R. Amador Bueno, 151	17 famílias
9. R. Barão de Pirapitingui	3 famílias
10. R. Alvares Machado, 742	8 famílias
11. R. Dr. Quirino, 524	3 famílias

12. R. Luzitana, 1756 (demolido)	8 famílias
13. R. Sales de Oliveira, 1726 (demolido)	5 famílias
14. R. Barão de Itapura (demolido)	14 famílias
15. R. Arnaldo Barreto	4 famílias
16. R. Cristóvão Colombo	18 famílias
17. R. Antonio Bonavita, 81	5 famílias
18. R. Emílio Ventura (demolido)	10 famílias
19. R. Sacramento (demolido)	14 famílias
20. R. Moraes Sales	6 famílias
21. R. Itália	6 famílias
22. Garagem da Prefeitura	6 famílias
23. Desapropriação da Prefeitura	4 famílias
24. R. Alberto Sarmento	1 família



■ Famílias Matriculadas

■ Benzedeiros

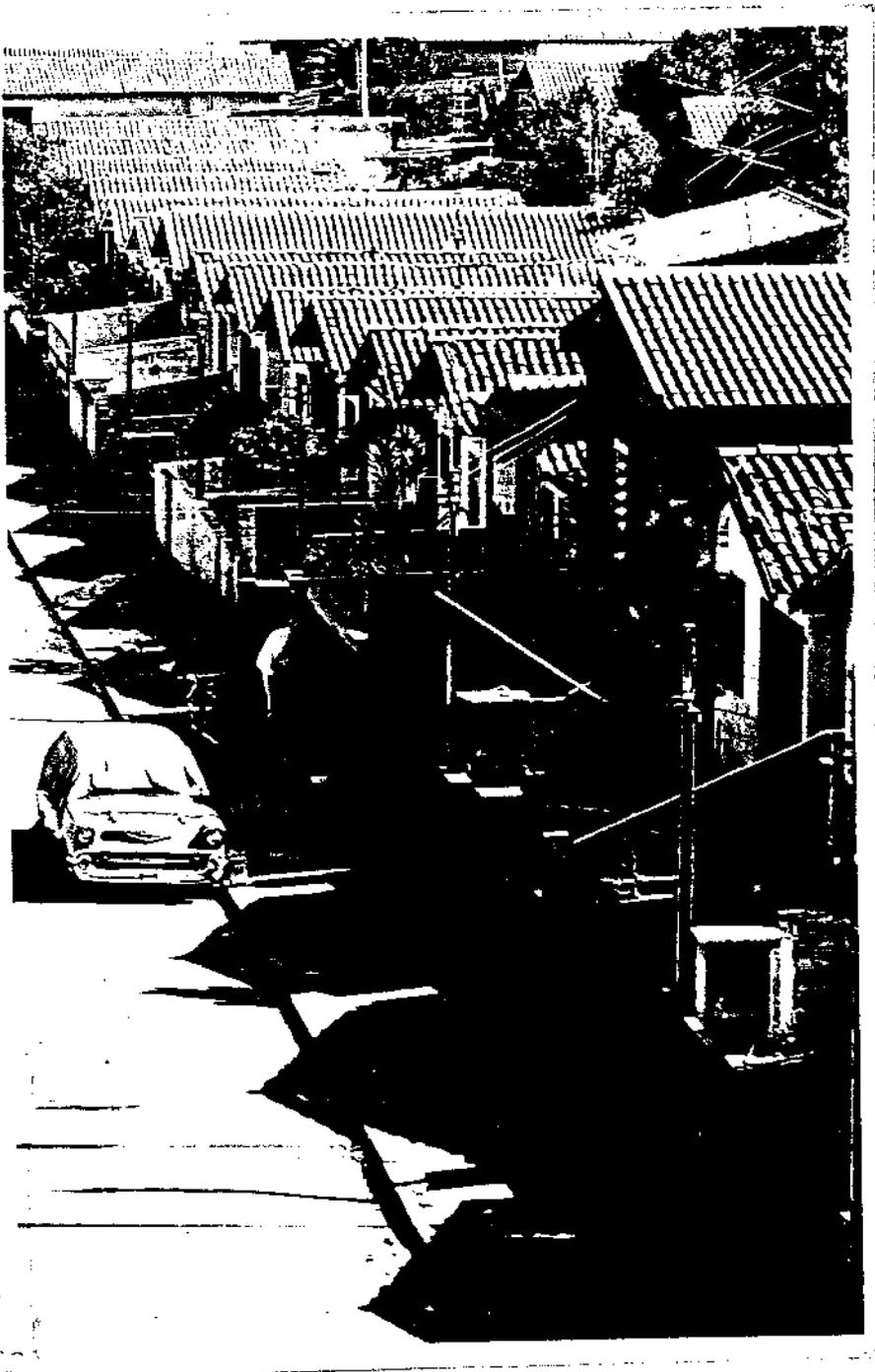
■ Centro de umbanda

□ Parteira

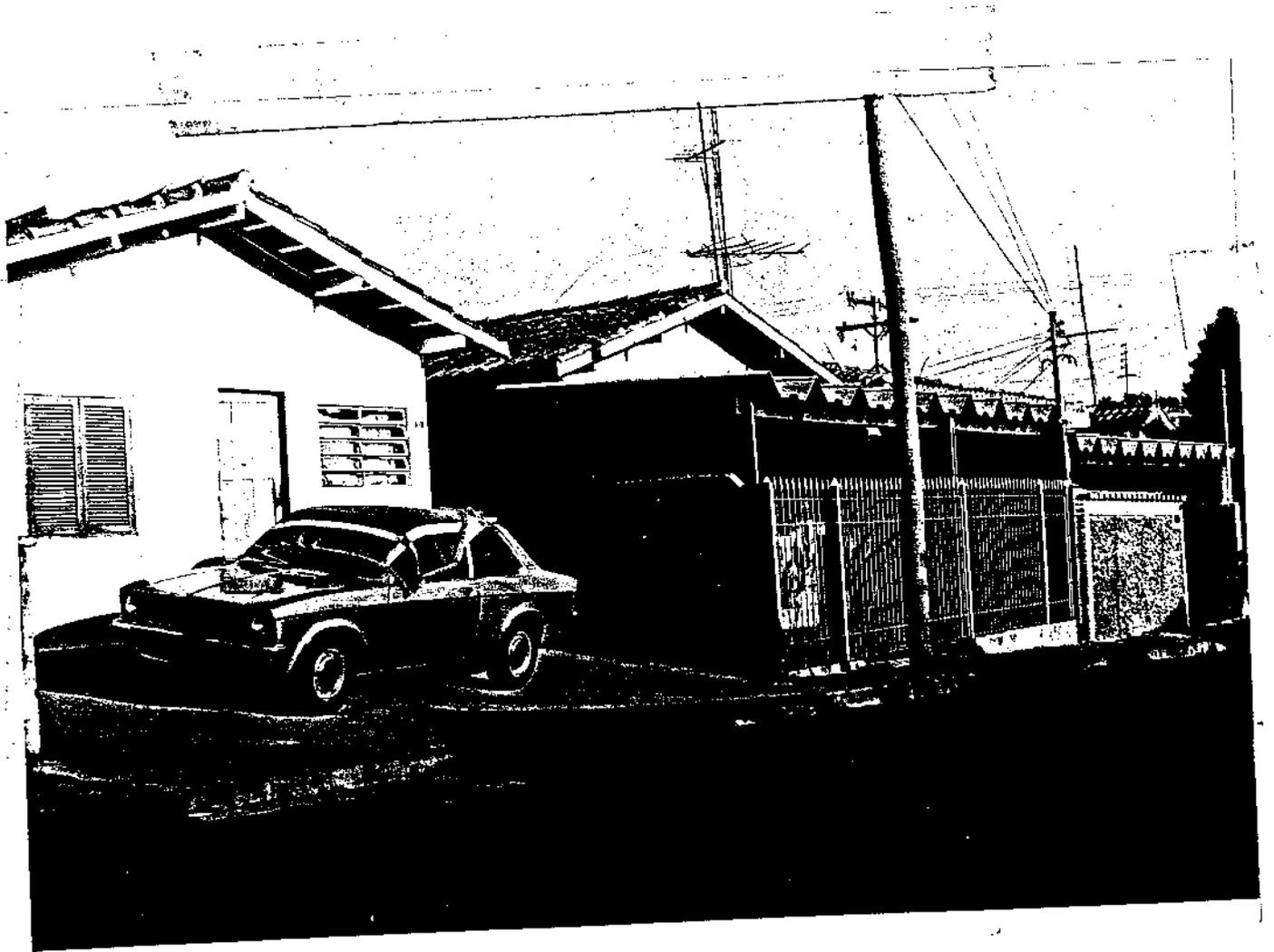
- ANEXOS - VILA RICA



- casa da Vila Rica conservada em seu estado original - sem calçamento, sem muro, contendo: 1 quarto, sala, cozinha, banheiro e abrigo.

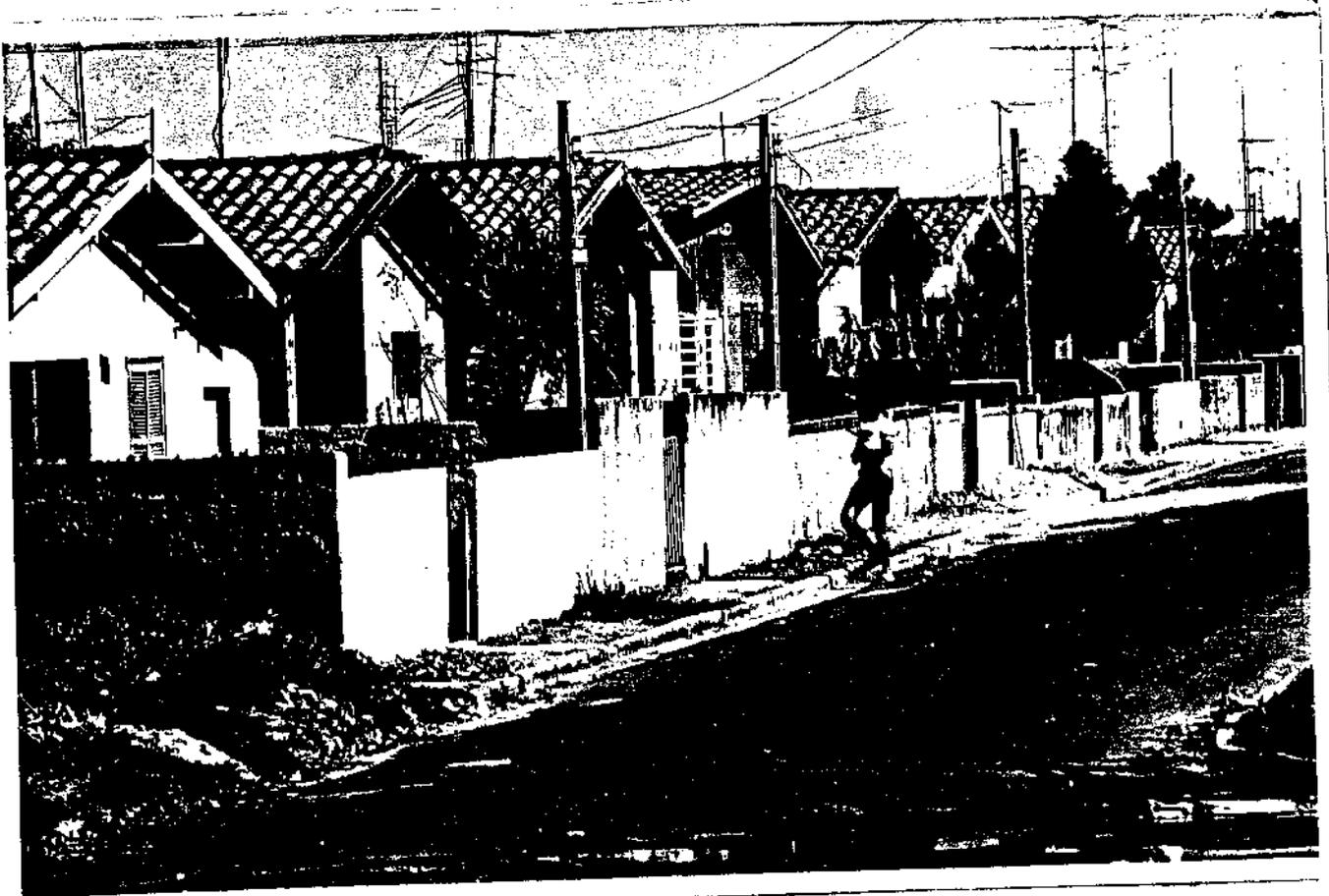


- Vista geral de um quarteirão perto da Avenida das Amoreiras onde se observa: calçamento, casas muradas sendo que algumas delas já foram reformadas.





- uma rua da Vila Rica com casas de um quarto -



- Rua nº 10 com casas de um quarto -





- Visão parcial da Vila tomada de um bloco de ruas ao lado da av. das Amoreiras.

cohab PLANTA, CORTES, Fachada e IMPAGO

RESIDENCIAL

PROP SR

PUZ NE LOTI CALINA

E.S.E. 1100-150

REQUERIMIENTOS DE LA LEY DE CONSTRUCCION DE EDIFICIOS DE HABITACIONES

ARTICULO 100.0.1.1

ARTICULO 100.0.1.2

ARTICULO 100.0.1.3

ARTICULO 100.0.1.4

ARTICULO 100.0.1.5

ARTICULO 100.0.1.6

ARTICULO 100.0.1.7

ARTICULO 100.0.1.8

ARTICULO 100.0.1.9

ARTICULO 100.0.1.10

ARTICULO 100.0.1.11

ARTICULO 100.0.1.12

ARTICULO 100.0.1.13

ARTICULO 100.0.1.14

ARTICULO 100.0.1.15

ARTICULO 100.0.1.16

ARTICULO 100.0.1.17

ARTICULO 100.0.1.18

ARTICULO 100.0.1.19

ARTICULO 100.0.1.20

ARTICULO 100.0.1.21

ARTICULO 100.0.1.22

ARTICULO 100.0.1.23

ARTICULO 100.0.1.24

ARTICULO 100.0.1.25

ARTICULO 100.0.1.26

ARTICULO 100.0.1.27

ARTICULO 100.0.1.28

ARTICULO 100.0.1.29

ARTICULO 100.0.1.30

ARTICULO 100.0.1.31

ARTICULO 100.0.1.32

ARTICULO 100.0.1.33

ARTICULO 100.0.1.34

ARTICULO 100.0.1.35

ARTICULO 100.0.1.36

ARTICULO 100.0.1.37

ARTICULO 100.0.1.38

ARTICULO 100.0.1.39

ARTICULO 100.0.1.40

ARTICULO 100.0.1.41

ARTICULO 100.0.1.42

ARTICULO 100.0.1.43

ARTICULO 100.0.1.44

ARTICULO 100.0.1.45

ARTICULO 100.0.1.46

ARTICULO 100.0.1.47

ARTICULO 100.0.1.48

ARTICULO 100.0.1.49

ARTICULO 100.0.1.50

ARTICULO 100.0.1.51

ARTICULO 100.0.1.52

ARTICULO 100.0.1.53

ARTICULO 100.0.1.54

ARTICULO 100.0.1.55

ARTICULO 100.0.1.56

ARTICULO 100.0.1.57

ARTICULO 100.0.1.58

ARTICULO 100.0.1.59

ARTICULO 100.0.1.60

ARTICULO 100.0.1.61

ARTICULO 100.0.1.62

ARTICULO 100.0.1.63

ARTICULO 100.0.1.64

ARTICULO 100.0.1.65

ARTICULO 100.0.1.66

ARTICULO 100.0.1.67

ARTICULO 100.0.1.68

ARTICULO 100.0.1.69

ARTICULO 100.0.1.70

ARTICULO 100.0.1.71

ARTICULO 100.0.1.72

ARTICULO 100.0.1.73

ARTICULO 100.0.1.74

ARTICULO 100.0.1.75

ARTICULO 100.0.1.76

ARTICULO 100.0.1.77

ARTICULO 100.0.1.78

ARTICULO 100.0.1.79

ARTICULO 100.0.1.80

ARTICULO 100.0.1.81

ARTICULO 100.0.1.82

ARTICULO 100.0.1.83

ARTICULO 100.0.1.84

ARTICULO 100.0.1.85

ARTICULO 100.0.1.86

ARTICULO 100.0.1.87

ARTICULO 100.0.1.88

ARTICULO 100.0.1.89

ARTICULO 100.0.1.90

ARTICULO 100.0.1.91

ARTICULO 100.0.1.92

ARTICULO 100.0.1.93

ARTICULO 100.0.1.94

ARTICULO 100.0.1.95

ARTICULO 100.0.1.96

ARTICULO 100.0.1.97

ARTICULO 100.0.1.98

ARTICULO 100.0.1.99

ARTICULO 100.0.1.100

TELMADO = 415 1300

FACHADA E GRUPO = 415 1300

PLANTA BARRIO - 415 1300

CORTE TRANSVERSAL A-A - 415 1300

CORTE TRANSVERSAL B-B - 415 1300

CAPITULO III

"A MEDICINA OFICIAL E SEUS REPRESENTANTES NA VILA RICA"

Continuando a descrição do universo pesquisado, neste 3º capítulo relata-se o funcionamento da agência de cura oficial do bairro. Relativamente à clientela do Posto de Saúde da Vila Rica, conhecendo-se apenas as pessoas que o frequentam e que podem ser compreendidas na área restrita da Vila, seria impossível descrever e comentar a respeito de todos os que o procuram. Além de sua área de abrangência ser bastante extensa, não é proposta do presente texto analisar a sua clientela. Portanto, ao falar sobre o Posto, toma-se como referência apenas os moradores da Vila Rica estendendo-se as conclusões às pessoas de fora, a partir da observação das condutas dos moradores do bairro.

A descrição detalhada da rotina de trabalho, bem como das pessoas que são responsáveis pelo seu funcionamento, foi a forma encontrada para compreender os mecanismos de escolha da mãe de família numa situação de doença em casa.

Já existe uma produção científica abondante este tipo de agência de cura oficial. Nela se destaca: Mello(') e Morita('') . Neles se privilegiou aspectos indiretamente ligados ao Posto de Saúde Municipal.

Mello, em seu trabalho A Medicina Comunitária em Campinas e suas múltiplas dimensões, discute, logo no primeiro capítulo, a implantação do modelo de Medicina Comunitária na região de Campinas, expondo detalhadamente os passos para a montagem de um modelo de assistência médica para os bairros periféricos da cidade.('')

(') Mello, A. A Medicina Comunitária em Campinas e suas múltiplas dimensões - 1979.

('') Morita, I. O nervosismo e suas manifestações - Tese em andamento, UNICAMP

('') A discussão desta questão também está presente no 4º capítulo obra de Mello.

Dada a importância da obra de Mello, sempre que se fizer necessário, é a este autor que se recorre para esclarecer aspectos ligados ao funcionamento do PS e à Política Municipal de Saúde que norteia o seu trabalho.

A exposição relatando a criação do PS na Vila Rica é feita a partir do depoimento de pessoas que estiveram ligadas ao Posto de Saúde, desde o seu início. Sobre o trabalho de auxiliar de saúde, na ausência de literatura especializada a respeito, utiliza-se o relato de experiências de trabalho deste tipo de profissional em outras regiões do país. É por este motivo e para facilitar a compreensão do assunto que se lança mão do recurso didático de separá-los em auxiliar de saúde urbano, dos grandes centros e o rural, que trabalha isolado do Hospital e do médico especialista.

3.1. A criação do Posto de Saúde

"Era uma comissão que pedia remédios para ser distribuído para o povo da Vila.

... até a gente conseguir um médico para cá". (entrevista com uma moradora do bairro)

Até se tornar organizado como Posto de Saúde, o serviço médico da Vila Rica passou por várias fases distintas que caracterizaram momentos do trabalho e mobilização da população do bairro.

A primeira tentativa de se implantar um serviço de assistência à saúde teve início com o trabalho de uma freira que dedicava parte de seu tempo em atender os moradores da Vila, fazendo curativos, distribuindo remédios e leite em pó provenientes de uma

instituição americana.(')

Ao mesmo tempo no bairro funcionavam algumas organizações de moradores, destacando-se entre elas um grupo de mulheres voluntárias que se dedicavam também ao trabalho assistencial, visando fins imediatos: distribuíam mantimentos, organizavam bazares, tudo sob a orientação do Lions Clube-Norte. Esta instituição presenteou o bairro com a construção do Centro de Convivência da Vila Rica, destinando uma de suas salas para o ambulatório médico.

3.1.1. O Ambulatório sob a responsabilidade da população

Paralelamente ao trabalho assistencial das mulheres do bairro, existia a preocupação de alguns estudantes de medicina em implantar um serviço médico em bairros da periferia de Campinas.

Estes estudantes estavam ligados ao Departamento de Medicina Preventiva da UNICAMP que, em 1975, interessou-se em testar modelos para-institucionais de atenção à saúde, paralelo ao desenvolvimento de uma experiência institucional - o Projeto de Medicina Comunitária de Paulínia - financiada pela UNICAMP, Prefeitura de Paulínia e Secretaria do Estado e também com verbas da Fundação Kellogs.('')

(') Esta freira fazia parte do grupo das Irmãs Missionárias que moravam no bairro desde a sua criação, fazendo trabalhos assistenciais e de orientação religiosa. Sobre a instituição americana, poucos sabem dizer sobre seu trabalho. As pessoas lembram apenas da época em que foram distribuídos tais produtos.

('') Projeto de Medicina Comunitária de Paulínia pode ser melhor entendido lendo-se a obra de Mello, que analisa a prática da Med. Comunitária em países latino-americanos. Antes de analisar a implantação desta prática em Campinas o autor faz várias referências a projetos de cidades brasileiras.

Como foi dito anteriormente, existia no bairro desde o seu início, o trabalho das assistentes sociais que providenciaram a ligação entre o grupo de estudantes e a população que, por sua vez, era representada por um "grupo de senhoras". O papel destas mulheres seria: congregar pessoas do bairro interessadas em participar de um curso sobre saúde, fazer cobranças, organizar arquivos. Esta verba, controlada pela sociedade, era destinada para compra de material para o ambulatório e remédios. Através de cotas (\$ 5,00 mensais), estipulada pela sociedade, cada família contribuinte passava a ter direito aos serviços médicos.(')

No primeiro Boletim do Ambulatório Médico da Vila Rica, datado de 13/03/75 e redigido pelo grupo de Educação da Vila, já consta o convite impresso, destinado a todos os moradores, para a inauguração do serviço, explicando-se também o seu funcionamento:

"No início o ambulatório médico funcionara em dois horários semanais, atendendo crianças e adultos. Sendo que as segundas-feiras, a partir das 19:30 hs. serão atendidos os adultos e as quartas, às 16:30, as crianças. Estes horários não são fixos, eles sofrerão modificações de acordo com o nº de sócios. Q ambulatório funcionará com base no sistema de co-

(') Interessante notar que a assistente social não representava de fato a população. Esta, por sua vez, encontrava seus representantes no grupo de senhoras do bairro, eleitas dentre aquelas que mais trabalhavam em prol da comunidade. Um dos trabalhos dessas sras. consistia, entre outras coisas, na cobrança mensal dos sócios contribuintes para a formação do ambulatório. O grupo de senhoras ficou conhecido como a "Sociedade" que, formada por voluntárias não tinha estatutos nem regulamentos mas, era por todos aceita e reconhecida.

operativa('), e os sócios pagarão uma mensalidade de \$ 5,00 e toda família terá direito ao atendimento médico gratuito. E na medida do possível, haverá fornecimento de amostras grátis. As inscrições estão abertas no Centro de Convivência com os monitores..."

A equipe médica do ambulatório era composta inicialmente por uma médica residente do Departamento de Medicina Preventiva, um sextanista, e três estudantes do 5º ano, todos estagiários do LEMC (Laboratório de Ensino em Medicina Comunitária). Dos moradores da Vila participavam entre homens e mulheres, 14 pessoas que, em sua maioria, não trabalhavam fora de casa, podendo, assim, dedicar mais tempo ao trabalho voluntário no ambulatório.

A proposta inicial do grupo médico era prestar assistência médica e, através dela, despertar a população para suas reais condições de saúde, levantando, inclusive, as causas destas condições. Isto foi possível, porque a equipe, antes de começar a trabalhar, realizou - junto com o grupo do ambulatório (moradores) e com o grupo de Educação (moradores) - uma pesquisa para conhecer a saúde e o nível de educação da população daquele núcleo residencial.

"De acordo com a segunda edição do Boletim que publicou o resultado da pesquisa, ... ela abrangia - condições de alimentação, moradia, vestuário e percepção do universo. Por ser impraticável e de

(') O sistema de cooperativa foi a primeira forma de trabalho encontrada pela equipe do ambulatório. Com o crescimento da demanda, o controle e cobrança, feitos pela própria comunidade este sistema deixou de funcionar. (Grifo meu)

longa duração, a pesquisa não foi feita no bairro todo, ela abrangeu somente 10% da população". (Boletim nº 2)

Como costumava ocorrer com todos os grupos estranhos à Vila e que pretendiam desenvolver ali algum tipo de trabalho voltado para os moradores, houve a necessidade de se conhecer além do "real aparente". Por exemplo, para dirigir a ação e traçar metas de trabalho, foi preciso saber qual o tipo de emprego e remuneração dos moradores; como moram; quais as doenças mais frequentes entre os adultos e crianças. Para tanto fêz-se necessário ir até as casas, observar o cotidiano, a alimentação e os cuidados com a higiene.

Estes fatores em conjunto - o interesse em conhecer o universo e a proposta de trabalho do grupo médico - motivaram aquele grupo voluntário a realizar a sua primeira pesquisa. Os resultados, mesmo que precários, serviram para confirmar a carência da população em seus vários aspectos.

Abaixo transcreve-se algumas passagens referentes aos grupos de renda definidos a partir do consumo, encontrados pela equipe do ambulatório:

"Nós entendemos que a saúde está relacionada com a alimentação. Todos sabemos que uma pessoa bem alimentada, tem mais resistência às doenças, mais disposição para trabalhar, estudar ler e aprender... 40% da população de renda mais baixa não come nem 1/5 da quantidade de carne prevista por lei. 90% da população come por mes até 1,9 kg. de carne por pessoa ... São os 9% de renda mais alta chega a consumir 3,2 kg. de carne por mês. O feijão e o arroz, tem pouca diferença nos quatro grupos de renda quanto ao consumo. Mas o feijão os quatro grupos comem só a metade da quantidade devida... enquanto que todos os grupos comem duas vezes mais

arroz do que o necessário ..." (Boletim do Ambulatório nº 2).

Quanto à percepção da renda familiar observou-se uma diferença pequena entre as famílias, sendo que esta renda esteve sempre associada com o consumo alimentar. O salário base da época era de \$1.800 e se constatou que 91% da população tinha uma renda média de \$ 350,00 e 9% tinha uma renda média per capita de Cr\$ 531,00.

Segundo alguns médicos e outros membros do grupo de voluntários, o comportamento da população correspondeu à expectativa: a afluência ao ambulatório sempre foi grande. Paulatinamente, a população da Vila começou a perceber que o trabalho ali exercido, embora não se propusesse ser assistencialista, não poderia resolver os problemas de saúde, uma vez que, se viu acima, a alimentação era deficiente e a renda familiar era baixa. Contudo, se fosse feita uma avaliação naquela fase de trabalho médico notar-se-ia que grande parte daquele objetivo inicial teria sido alcançado: isto é, a população começou a despertar para as reais condições de saúde buscando detectar a origem destas condições.

O trabalho médico prosseguiu por mais algum tempo, atendendo apenas aos cooperativados adultos e crianças, três vezes por semana, por um espaço de tempo de duas ou três horas. As consultas médicas eram marcadas com antecedência pelos voluntários que faziam a pré consulta('), não existindo grupos com retornos mensais para

(') A pré consulta é uma atividade que antecede a consulta médica propriamente dita. Nela é feita uma espécie de triagem com a finalidade de diminuir o trabalho médico pois assim aumenta o tempo e o nº de consultas necessárias. A pré consulta pode ser feita pela atendente treinada especificamente para retirar a história da doença do paciente anotando suas queixas de forma simples, eventualmente o médico pode complementá-la.

os programas.

3.1.2. O Ambulatório sob o âmbito da Secretaria de Saúde

Em setembro de 1977, depois de inaugurado pela Prefeitura de Campinas e encampado pela Secretaria de Saúde('), o Posto passou a atender também os bairros vizinhos. A Comunidade cedeu mais uma sala destinada para consulta médica. A antiga sala foi dividida em: 1. Consulta de Enfermagem; 2. Sala de curativos; 3. Escritório. O salão de festas do prédio foi adaptado para atendimento do programa de crianças e reservou-se a cozinha para vacinas. Estas acomodações também serviam, em outros horários, para outras atividades, tais como: curso supletivo, ensaio de teatro, reuniões da Sociedade de Amigos do Bairro, etc.

Nesta nova fase aqueles médicos recém-formados foram contratados pela Secretaria de Saúde do Município, que estava iniciando a montagem de outros postos na periferia, aumentando o seu quadro de funcionários. Foi enviada, então, para o trabalho médico no novo Posto, uma auxiliar de enfermagem que já tinha trabalhado como voluntária de saúde e educação em outro bairro da periferia de Campinas. Por indicação dos moradores do bairro, e por ter se destacado em cursos de saúde oferecidos por médicos na fase anterior (cooperativa) foi escolhida também uma atendente moradora da Vila.

(¹) A passagem do Ambulatório para Posto de Saúde da Prefeitura Municipal deu-se na mudança de governo quando então o MDB vencia as eleições na cidade de Campinas. Esse dado é significativo pois, a nova proposta de atuação da Secretaria de Saúde estava baseada na aplicação de um projeto de trabalho denominado "projeto cura II" que enfatizava a prática da Medicina Comunitária. Este assunto será melhor detalhado no item "A Política Municipal de Saúde em Campinas".

Nesta etapa tornou-se necessário, para o trabalho do Posto Médico, escolher uma outra atendente qualificada com conhecimento dos problemas do bairro e que tivesse um bom relacionamento com seus moradores. Os médicos então apontaram uma senhora que já desenvolvia um trabalho de saúde, ou seja, que já tinha uma "prática especializada em entorces e curativos. A referida senhora, já funcionária da Prefeitura, trabalhava como servente no grupo escolar de seu bairro.

Depois de definida a equipe de trabalho do Posto - 1 auxiliar de saúde, 2 atendentes e dois médicos -, passou-se a atender, indiscriminadamente, toda a demanda. Data de março de 1978 a 1ª tabela demonstrativa do movimento médio mensal dessa unidade de saúde:

ATIVIDADES	TOTAL
CONSULTAS MÉDICAS.....	342
ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM.....	641
VACINAÇÕES.....	360
OUTROS (').....	35
TOTAL.....	1.378

(') Laboratório, visitas, trabalho em grupo.

Devido ao rápido crescimento da rede de Postos de Saúde a instalação das novas unidades de saúde, o Posto de Saúde da Vila, passou por uma fase diferente que pode ser caracterizada da seguinte maneira, tendo em vista que se assumiu uma outra conduta com relação à demanda: a Secretaria de Saúde determinou, em 1979, que o Posto deverá atender somente sua área de cobertura, delimitada a par-

tir da criação de novos Postos em bairros periféricos vizinhos. Mas continua atendendo, indiscriminadamente, para a vacinação.

A última fase do Posto de Saúde começou em fins de 1980, quando do início da reforma do prédio com previsão de entrega das novas instalações para março de 1981. Enquanto não concluída a reforma, o atendimento médico passou a ser feito em 2 cômodos de uma casa da COHAB, reservada para o funcionamento do Centro de Assistência Social. Durante esse período foram suspensas todas as consultas médicas, mantendo-se apenas, precariamente, o programa de crianças e vacinação.

Para a reforma do prédio antigo foi preciso que a comunidade cedesse toda a parte superior do Centro de Convivência e mais uma parte do terreno lateral onde foram construídas 4 salas, uma cozinha e duas salas de espera. (Ver planta em anexo)

3.2. A Rotina de Trabalho no Posto de Saúde

"O problema é o seguinte, quando você vai organizar o trabalho a única coisa que pode ficar sem, porque o médico acaba se virando sozinho, é a pré consulta ..." (Médico do Posto)

Previamente às observações sobre a rotina de trabalho no Posto da Vila Rica, é preciso lembrar que, no momento da pesquisa de campo, quando foi programado o acompanhamento do trabalho do médico e do seu auxiliar, o atendimento do usuário era feito na pequena casa cedida pela COHAB também ocupada por duas assistentes sociais que forneciam a merenda escolar.

No final de 1980 o Posto teve que diminuir o trabalho de enfermagem e consultas por absoluta falta de espaço. A solução encontrada foi atender apenas às crianças de 0 a 12 meses, agendadas previamente no seu grupo. Os casos urgentes de adultos ou crianças, que antes podiam ser resolvidos lá mesmo, tiveram que ser encaminhados para o Pronto Socorro Municipal ou para o Hospital.

O movimento naquela casa fluía normalmente enquanto não apareciam grupos numerosos de crianças com intercorrência, quando então o médico precisava intervir no atendimento fazendo consultas individuais. Quanto ao trabalho no arquivo, este era confuso pela dificuldade em encontrar as fichas numeradas, não porque as pastas estivessem fora de ordem, mal numeradas ou fora da área de cobertura, mas por causa do esquecimento das mães que deixavam de trazer consigo o número da ficha de inscrição. Neste caso, a atendente tinha que solicitar o endereço da mãe, o número da ficha de inscrição, o número do grupo da criança e depois conferir esses dados no arquivo. Isto feito, a mãe aguardava ser chamada.

Nas palavras da médica o trabalho de atendimento na situação de normalidade, é definido pelo número de pré consultas porque:

"... na pré consulta a auxiliar vê a queixa do paciente, se é coisa simples, sem sofisticação, ela mesma resolve, se é coisa complicada ela passa para o médico. Quando tem pouca pré, você vai ter muita consulta médica porque daí já passa direto para o médico".

Quanto ao número de consultas que o médico deve dar, este é previamente determinado pela Secretaria de Saúde.

Bc/5334
"... O médico tem que dar, pelo menos, 10 consultas por período; esse número já é fixo. É sempre 10 ou mais que 10 consultas. Elas (as enfermeiras) dão a ficha de atendimento para as pessoas e todo dia você tem as consultas médicas e alguns programas para desenvolver. A consulta médica a gente chama de eventual. Para consultas eventuais são dadas 10 fichas, além disso tem também as consultas que aparecem no Programa de Crianças e de Gestante".

As pessoas inscritas no Programa podem ou não passar pelo médico porque geralmente,

"... no programa 4 consultas acabam passando pelo médico e dessas eventuais está passando bastante ultimamente pelo médico, por que estamos com pouco pessoal de enfermagem e tem muita coisa para fazer: ver material, programa, vacinas, burocracia, arquivos".

Em resumo, é a pré consulta que vai definir o tipo de atendimento, se ele é consulta médica ou de enfermagem. Por outro lado

do, esta atividade é a única que pode ser dividida com o médico na falta de pessoal treinado. Pois assim, o médico libera as auxiliares para outras tarefas do Posto, tais como, pesagem da criança, injeções e curativos, limpeza e esterilização do material e serviços de arquivo.

Todo este trabalho se desenvolve na rotina estabelecida pelo Posto e que começa às 8 hs. da manhã, estendendo-se até às 17 hs. Quase sempre, duas horas antes do início do trabalho, já existe fila para o atendimento de enfermagem. São tarefas do auxiliar de saúde no Programa de Crianças: pesar, medir, conferir a alimentação e vacinas e em seguida, munidos dos dados colhidos, localizar as crianças na Curva Colombiana de peso e altura, para só depois enquadrá-las no Risco I, II, III(')

Todas essas observações são anotadas na Ficha de Controle e na Ficha de Programa. No fim de cada manhã todos se reúnem para prestar conta do que foi feito e comentar o trabalho através da Fichas de Controle confere-se: a quantidade de latas de leite que foram distribuídas e o número de vacinas aplicadas durante o período. Na Fichas de Programa consta: tipo de atendimento, suplementação alimentar, grau de risco e observações quanto às intercorrências. (Ver em anexo o modelo das fichas).

Ainda com respeito ao trabalho no Posto, o médico acrescenta que é função do auxiliar fazer o atendimento de recepção que consiste em:

(') Curva Colombiana é um gráfico demonstrativo de peso e altura onde se mede o grau de desnutrição infantil para em seguida atribuir o Risco que varia numa escala de I a III.

"... receber a pessoa que vem ao Posto e saber o que ela quer. Sabendo o que ela quer a atendente, procura a pasta familiar e abre a ficha para ver se precisa colocar mais folhas ou algum impresso que necessite. Se a pessoa nunca esteve no Posto, ela deve abrir a pasta, providenciar cartão-índice, ver exames solicitados". (entrevista com a médica do Posto em anexo)

Esta é a rotina dos Postos de Saúde Municipais. O movimento em geral é intenso no início da semana, diminuindo na quinta e sexta-feira.(') Como as atividades do Posto da Vila Rica, no momento da pesquisa, estavam reduzidas apenas ao Programa de 0 a 12 meses, o trabalho médico ficou restrito à supervisão e consultas eventuais para crianças de alto risco. Mas isto, não significou a inexistência da demanda de adultos para consultas.('') Diariamente o médico do Posto era solicitado para resolver problemas de urgência e que eram imediatamente encaminhados para outras agências de saúde: hospital, farmácia, pronto socorro, INPS. No máximo, os auxiliares chegavam a medir a pressão daqueles que já lhes eram conhecidos.

Cumprindo o estipulado pela Secretaria de Saúde, de que todos os Postos realizassem reuniões semanais para a avaliação do trabalho, na Vila Rica se estabeleceu que essas reuniões seriam feitas às segundas-feiras à tarde, quando então cessava o trabalho de

(') Não existe um motivo aparente para a queda do movimento no final da semana. A princípio, os grupos com maior número de crianças são agendados para os três primeiros dias da semana, os grupos de gestante para os últimos dias.

('') Crianças de alto risco são aquelas que estão desnutridas desde o nascimento e por isso apresentam um quadro de doença mais ou menos regular necessitando constantes cuidados médicos.

atendimento ao público.

3.3. A Política Municipal de Saúde de Campinas

Antes de continuar a descrição do trabalho do médico e da auxiliar de saúde, é preciso dizer alguma coisa sobre a política de saúde do município responsável pela definição do atendimento médico que os Postos de periferia devem adotar, bem como, sobre o tipo de profissional que trabalha na rede de "atenção primária".(')

Para efetivar a compreensão daquela Política é preciso, primeiramente, discutir seus pontos fundamentais, os quais seja:

1. Democratização da Atenção Médica; 2. Extensão de Cobertura; 3. Medicina Integral; 4. Participação Comunitária.

A estratégia de criação de Postos de Saúde na periferia teve início em 1977. A sua proposta visava garantir à população carente de recursos um novo tipo de atendimento, de acordo com o programa de Medicina Comunitária de Secretaria de Saúde de Campinas. O primeiro bairro escolhido para a construção de um Posto de Saúde modelo foi o Jardim Conceição sendo seguido de outros em vários bairros da cidade.

O Secretário de Saúde, escolhido pelo novo prefeito da oposição, tomou a decisão de implantar na área periférica da cidade

(') Atenção Primária "se refere ao 1º contato do indivíduo com o sistema de prestação de serviços de saúde e incorpora elementos ou ações variáveis que surgem da ação da própria comunidade para a atenção de saúde de seus membros, individualmente ou como grupo". in 'Concepto y enfoque de la atención primaria'. Situaciones de Cobertura C. Robayo pg. 47 (falta refer. editorial)

um sistema de atendimento baseado na Medicina Comunitária. Após a sua posse um jornal local publicava sob o título "A Medicina de Comunidade tem projeto piloto em Campinas", matéria versando sobre o plano de saúde para a cidade e a respectiva implantação:

"A Secretaria contratou um projeto de saúde de comunidade de técnicos que se dedicara ao estudo específico da área durante 4 anos. ...

No Posto, cinco programas básicos serão desenvolvidos pela equipe de profissionais integrada à comunidade: programa de atenção médica integral para as crianças de 0 a 3 anos; idade escolar (7 a 15 anos); para mulheres em idade fértil; prevenção do câncer ginecológico e o programa para maiores de 45 anos, quando aparecem com maior frequência os problemas cardíacos de hipertensão e diabetes". Jornal Diário do Povo de 26 de abril de 1977(')

Atualmente, a Secretaria de Saúde conta com 33 postos implantados e em funcionamento criados no período de 5 anos (1977 a 1981) em cumprimento de sua meta prioritária e em observância da lei nº 6229/75 do Serviço Nacional de Saúde que estabelece:

"É de competência dos municípios a manutenção do serviço de saúde de interesse da população local, como também articular os planos locais de saúde com os planos estaduais e federais; manter a vigilância epidemiológica e integrar seus serviços de proteção e recuperação da saúde ao S.N.S."

(') in Medicina Comunitária em Campinas e suas múltiplas dimensões : um estudo de caso A. Mello, 1979 tese de Mestrado UNICAMP (mimeo)

O Programa de Saúde para Campinas fundamenta-se em um modelo de atenção primária constituído como alternativa à crescente sofisticação e especialização na área médica que provoca encarecimentos desnecessários para a população destituída de recursos. Através de ações concretas de saúde e do trabalho em grupo, tal modelo pretende, mais do que a simples assistência médica curativa e sintomática, aumentar o grau de "consciência sanitária". (')

Depreende-se do programa de atuação da Secretaria de Saúde que tal "consciência sanitária" se forma a partir do seguimento longitudinal daquelas pessoas que procuram inicialmente o Posto de Saúde e dele recebem um atendimento contínuo, evitando a duplicação de serviços de saúde e a medicalização excessiva e ineficaz.

Baseados na experiência acumulada no decorrer da atual Administração Municipal e num esforço de síntese do trabalho médico já realizado, a Secretaria de Saúde redigiu em final de 1978 o primeiro documento da Política Municipal de Saúde, contendo os quatro fundamentos básicos, já mencionados, de um serviço de saúde, a partir do conceito de atenção primária.

Para corrigir limitações anteriores, tais como: falta de serviços de saúde ou o acesso desarticulado aos mesmos, a Secretaria, em seu programa, passou a adotar um sistema de prestações de ser

(') Esse termo foi primeiro utilizado por G. Berlinguer, sanitarista italiano que entende por consciência sanitária: "a tomada de consciência de que a saúde é um direito da pessoa e um interesse da comunidade. Mas como esse direito é sufocado e esse interesse descuidado, consciência sanitária é a ação individual e coletiva para alcançar este objetivo". Berlinguer - Medicina e Política - Ed. HUCITEC São Paulo, 1978, pg. 5.

viço que, na prática incorpora outros aspectos como: educação, moradia e trabalho, vinculados ao bem estar físico (a saúde).

Propõe, assim, estratégias globalizantes, definidas pela própria comunidade como requisitos essenciais para a sobrevivência. O ferece uma equipe de trabalho e uma infraestrutura suficientes para elevar o nível de saúde da população sempre tomando como diretriz a definição de Atenção Primária.

O modelo implantado em Campinas se caracteriza pela execução de ações simples e curativas em todos os Postos da cidade. Realiza, no seu trabalho diário, imunizações, atenção à criança, à gestante, complementação alimentar com a distribuição de leite em pó para os grupos de maior risco('), atendimento de enfermagem com o re conhecimento e tratamento das doenças mais comuns e, quando necessário, o posterior encaminhamento à consulta médica. Fora do Posto, as ações são dirigidas para resolver problemas de abastecimento de água e saneamento, oferecendo informações quanto à consulta para melhor evitar as doenças. É de se notar também a importância do acompanhamento periódico e frequente das pessoas sujeitas a maior risco.

(') A palavra risco está sendo aplicada no texto de acordo com a definição inicial de alto risco (ver nota explicativa anterior a respeito neste capítulo.) É um termo médico utilizado para definir a gravidade das doenças, assim temos: a gravidez de alto risco ou os grupos de crianças com maior risco. Estas exigem o acompanhamento médico constante pois, os sintomas da doença aparecem com frequência.

Apesar do crescente aumento do número de Postos em toda a periferia eles funcionam como unidades dinâmicas(') sob orientação da própria Secretaria que atua como centro de informações ressoando-as para toda a rede.

3.3.1. A Democratização da Atenção Médica

Quanto ao trabalho médico propriamente dito, ele tenta seguir quatro objetivos definidos como parâmetros e que visam à padronização de todas as atividades dos Postos de Saúde. Fica claro que a definição de um modelo de atenção à saúde deve ser flexível ao ponto de se adaptar à realidade local, possibilitando possíveis alterações.

A democratização da atenção deve significar um exercício, da parte do médico e de sua equipe, para remover barreiras de ordem social, econômica e cultural impeditivas do contato amplo com a população com o Posto. Cabe ao médico transpor todas as diferenças para melhor trabalhar com elas. Quanto à população, é importante que ela conte com pessoas (médicos e auxiliares) que procurem conhecer as suas necessidades, não só as de saúde, mas também aquelas diretamente vinculadas a mesma e na inexistência delas é impossível prosse

(') O funcionamento dos Postos como unidades dinâmicas só pode ser conseguido ... "através do envolvimento da população com programas desenvolvidos nos postos, como através de visitas domiciliares. Estas deverão ter a preocupação fundamental com os aspectos de promoção e proteção de saúde, desenvolvendo atividades educativas junto à população, além de consolidar e aprofundar a interação entre o posto e a comunidade". in Política Municipal de Saúde Comunitária - Campinas 1978 - pg. 7.

guir na criação de um serviço de saúde diferente daqueles sobejamente conhecidos. (')

Portanto, na democratização da atenção, deve estar presente na prática, o esforço de ambas as partes - população e equipe de saúde. E, quanto à população, segundo a interpretação de Mello, a Secretaria espera o auxílio dos moradores nas 'campanhas de impacto' (vacinação em massa) ou ainda, através de cursos a serem ministrados para donas de casa, farmacêuticos e pais, determinar o tipo de serviço que pode ser prestado dentro do programa. Mas, como observação, os fatores importantes para melhorar as condições de existência dos moradores de uma determinada área, - trabalho relativamente satisfatório e moradia decente - não são lembrados no ideário da Secretaria. Esta baseia sua atuação na definição de democratização da atenção em C. Robayo que lembra ser:

(') A idéia presente no programa de atuação da Secretaria de Saúde, de transpor as diferenças para melhor trabalhar com elas, precisa ser revista a partir dos resultados da implantação de seu programa pois, no trabalho diário dos médicos não é o que se observa. É impossível esquecer as diferenças de classe entre esses profissionais de saúde e aqueles que atendem. A prática mostra que transpor as diferenças, passa a se constituir num equívoco deste tipo de serviço que, tenta igualar a todos, médicos e população quando no atendimento. Ao se buscar a democratização da atenção, outros caminhos devem ser procurados para que o serviço não se dê em bases falsas. Não sendo objetivo do presente trabalho discutir as formas de atuação médica sugere-se apenas que, tomar conhecimento do autoritarismo presente nesta relação, é um passo significativo para favorecer a aproximação do médico com a comunidade e assim, evitar uma política de saúde baseada na idéia de que todos são iguais.

"...um objetivo fundamental dos serviços de saúde, qual seja, dar a todos e a cada um dos membros de uma comunidade, acesso oportuno e suficiente aos serviços de saúde. Estes serviços devem constituir resposta de uma sociedade ou de uma comunidade às necessidades de saúde, sejam elas individuais, ou coletivas. Para isso, eles deverão ser acessíveis, estruturados de uma maneira que permita uma oferta que responda ao volume e à natureza dessas necessidades. Estes serviços tem que garantir os dois elementos constitutivos do uso de um serviço de saúde: o início e a continuidade de sua utilização".(1)

3.3.2. Extensão de Cobertura e Níveis de Atenção

Entende-se por extensão de cobertura e níveis de atenção:

"... um sistema de serviços de saúde que tenha a estrutura de uma pirâmide onde a base ampla corresponda ao nível de Atenção Primária (porta de entrada ao Sistema), cuja função será promover e proteger a saúde, e dar resposta aos problemas mais simples e de maior frequência, devendo, para cumprir bem a sua função estar próximo do usuário, e sua extensão tem que ser tão ampla que possibilite atenção a toda população..."(1')

Ou seja, para se promover e proteger a saúde, é necessário identificar e classificar os problemas a ela ligados. Portanto ,

(1) in Política Municipal de Saúde - Campinas 1978 pg. 2.

(1') Política Municipal de Saúde opus cit. pg. 2.

para delimitar as funções da atenção, é preciso que o trabalho siga alguns critérios tais como a frequência e características das doenças numa determinada população, bem como a diversidade da situação em que ela aparece.

Depois desse processo, pode-se agrupar com facilidade os eventos mais comuns e simples, que requerem respostas de menor complexidade, construindo, a partir delas, os níveis de atenção de cada sistema de saúde em particular. Para a Secretaria de Saúde é primordial que a rede de Postos atue apenas no 1º nível de atenção, agindo "em defesa dos interesses da população, e que o nível primário seja a única porta de entrada do sistema, tendo como critério de seleção a passagem aos outros níveis, o da complexidade dos problemas e nunca os critérios econômicos e sociais". (')

3.3.3. Medicina Integral

"A medicina integral é aquela que procurando conhecer a história natural das doenças, integre na sua prática os quatro níveis de prevenção, que são a promoção da saúde ou prevenção inespecífica, proteção ou prevenção específica, diagnóstico precoce, tratamento oportuno e limitações de invalidez e reabilitação". ('')

É este tipo de medicina que serve teoricamente como modelo para o trabalho dos Postos de Saúde da periferia de Campinas. Os pressupostos assinalados nessa definição são podem ser alcançados a-

(') Política Municipal de Saúde opus cit. pg. 3.

('') Política Municipal de Saúde opus cit. pg. 4

través de ações efetivas do médico geral de sua equipe de auxiliares. Mas, deve ser a partir do conhecimento do grupo de trabalho no Posto, que a prática da Medicina Preventiva garantiria resultados satisfatórios, desde quando a população aprende o seu significado e importância. Caso contrário as ações de saúde se vêem comprometidas, podendo se tornar uma medicina curativa para fins imediatos..

Por outro lado, o que se pôde observar no Posto de Saúde da Vila Rica, é que os moradores da área, em geral, costumam recorrer ao Posto apenas quando já esta instaurado um processo de doença. Segundo os médicos esta conduta compromete os resultados finais da aplicação do modelo de medicina proposto, visto que, neste caso, torna-se impossível a realização das ações preventivas.

3.3.4. Participação Comunitária

A proposta de participação comunitária sugere abordagens diversas, talvez pela própria ambiguidade de seus conceitos, podendo até ser entendida como um fator desencadeante de reformas sociais. Procurando entender o sentido de participação comunitária no trabalho de atenção à saúde, nota-se que esta abrange não só os programas do Posto, mas procura estender-se ao bairro.

Tal participação não envolve simplesmente a capacidade individual, ela é mais ampla, diz respeito ao papel social de cada indivíduo como participante de um trabalho estruturado que visa fins específicos.

A participação comunitária preconizada pela Secretaria de Saúde pretende abranger todas as etapas de atuação, desde a "fase inicial de estruturação do trabalho do Posto, até a fase posterior de avaliação das mesmas atividades". Portanto, para se buscar formas

adequadas de participação nos serviços de saúde, devem ser feitos contatos com as organizações comunitárias do próprio bairro através da análise, em conjunto, dos problemas e programas do Posto.

"... Os serviços de saúde deverão criar os canais efetivos para que a população adquira os conhecimentos científicos, controle esses conhecimentos e disponha deles. Ao mesmo tempo, devem integrar na sua prática conhecimento e a experiência e da população e criar canais competentes de debate e crítica de todo seu trabalho. (')

Mais adiante a Secretária salienta que:

"... a equipe de saúde deve contribuir para que a comunidade não venha a ter falsa imagem do posto de saúde, onde este, ao criar alternativas médicas para problemas sociais, irá resolver todos os problemas". ('')

No entanto, esta compreensão do que deveria ser a participação da população nos assuntos de saúde de seu bairro não corresponde ao que se realiza, na prática, tal como se pôde observar durante o trabalho de campo. O desinteresse da maioria da população local em participar de reuniões para decidir as ações de saúde é patente.

Mello, ao pesquisar o trabalho médico em um dos Postos da rede municipal chama atenção para este problema.

"... A participação comunitária teoricamente relatada, na prática pode-se resumir a reunião

(') Política Municipal de Saúde opus.cit. pg. 5.

('') Política Municipal de Saúde opus.cit. pg. 5.

de pequenos grupos que não representativos das comunidades. São formados a partir de relações de simpatias ou interesses pessoais".(')

Sem a intenção de generalizar essas afirmações para todos os Postos de periferia, levanta-se a possibilidade de uma suspeita sobre a eficácia das ações coletivas, quando estas propõem modificar as condições de saúde, prevendo-se resultados escassos ou nulos.

Quanto ao plano de saúde da Prefeitura e sua política conclui-se que tal modelo concorreria para um incremento do mercado de trabalho da população periférica, ao estimular a utilização de pessoal da própria comunidade. Conclusão reforçada pelas observações de Mello, de que "a partir desses elementos (pessoal da própria comunidade e auxiliares de saúde) o posto e o próprio governo municipal podem ter acesso facilitado aos bairros e às reivindicações legítimas de cada comunidade. Por outro lado, podem servir também como meio de manipulação dessas mesmas populações".('')

Assim, embora com alguns entraves, a democratização da atenção, a extensão de cobertura e nível de atenção, a idéia da medicina integral e a participação comunitária, constituem-se nos princípios fundamentais da proposta da Secretaria de Saúde e neles se baseia todo o atendimento médico, inclusive o do Posto de Saúde da Vila Rica.

(') Mello, Opus cit. pg. 82.

('') Mello, opus cit. pg. 110.

3.4. A Escolha do Profissional

3.4.1. O Médico da Secretaria de Saúde

Tendo como objetivo a realização, sempre viabilizada, de um trabalho democrático, com ampla participação de todos os envolvidos com o programa de atenção primária à periferia de Campinas, a Secretaria de Saúde, forma uma comissão de seleção, treinamento e reciclagem, cuja função é normatizar os procedimentos de seleção de seus profissionais. A constituição dessa comissão visa:

"Garantir o padrão de qualidade em níveis compatíveis com a proposta de Atenção Primária desenvolvida por toda a rede. O estabelecimento de critérios claros e objetivos na seleção de pessoal médico e auxiliar que passariam a ser avaliados tanto do ponto de vista técnico, quanto, principalmente, no que diz respeito ao compromisso com a população, e evitará o ingresso na rede de pessoas despreparadas e distantes da perspectiva de um trabalho contínuo a longo prazo junto à periferia, respeitando dessa forma a programação da prefeitura de máximo benefício social..."(¹)

A comissão, composta por dois médicos, quatro auxiliares de saúde, uma enfermeira, um profissional de saúde mental, um profissional de nível central (que trabalha na própria Secretaria e não nos postos), tem como objetivo selecionar e treinar auxiliares de saúde e profissionais médicos, que são renovados de seis em seis meses.

Do profissional médico, que também é submetido a seleção, exige-se que tenha uma formação compatível com a prática em Clínica Geral. O recrutamento é espontâneo: os candidatos preenchem uma fi-

(¹) Política Municipal de Saúde, 1977.

cha de inscrição as quais são encaminhadas à mesma comissão que treina e seleciona os auxiliares.

O médico, para trabalhar no Posto de Saúde, deve preencher alguns requisitos, tais como: compreender o significado da Atenção Primária, ter uma visão crítica da realidade brasileira no setor saúde; entender a importância do planejamento em saúde e da necessidade de estruturação de programas e atividades de saúde comunitária nos Postos; também precisa manifestar compatibilidade com o trabalho democrático em equipe, com auxiliares e sua aquiescência para delegação de funções; compromisso com a população; disponibilidade de tempo para se dedicar efetivamente ao trabalho. É importante notar que todos esses critérios foram retirados da plataforma de campanha eleitoral do candidato (') o prefeito de Campinaç, que pregava o máximo de benefício social, dentro de uma filosofia de trabalho de moralização do serviço público.

A hierarquia do trabalho em equipe não seria imposta de forma autoritária pelo médico, sendo dada segundo os limites do conhecimento individual, dentro de cada área específica de atuação. O auxiliar agiria até onde se sentisse seguro; no momento em que cessasse a segurança, recorreria ao médico. Portanto, segundo esse esquema de atendimento, a figura do médico que trabalha em Atenção Primária à população de baixa renda, sofreria modificações, distanciando-se daquela postura tradicional, autoritária e hostil.

Entretanto, Mello, ao revelar sua experiência profissional, apresenta uma compreensão mais profunda do que significa trabalhar com a população de baixa renda e com moradores de periferia:

(') Trata-se de Francisco Amaral, o qual elaborou sua plataforma de saúde auxiliado por médicos já integrados num trabalho de Medicina Comunitária.

"Quando se trabalha com populações pobres e alto índice de analfabetismo, as dificuldades aumentam e a equipe aos poucos se centraliza-se sobre si mesma, perdendo progressivamente a relevância para a comunidade, culminando com a alienação total. As prioridades passam a ser estabelecidas em função das idéias e do interesse de profissionais envolvidos e não de acordo com a importância dos problemas para a comunidade." (')

Isto significa que, independentemente da posição que o médico venha a assumir no trabalho em equipe, a distância social que o separa da população não se apaga. A relação médico/paciente é sempre uma relação de classe. Aqueles que o procuram sabem ou pressentem que o comportamento do médico é às vezes diferente conforme a classe social do indivíduo.('')

Mesmo tendo consciência desta desigualdade, o médico, em seu trabalho diário, tenta diminuir a distância social que o separa da população. Esta, na maioria das vezes, desconfia do médico e age com insegurança, não entendendo a sua linguagem e seus atos mas, não

(') Mello, op.cit., pág. 82. (Grifo meu)

('')Nota completa na página seguinte.

(11) Sem a intenção de generalizar o comportamento de alguns profissionais médicos para aqueles que trabalham na rede de Postos, é fato comprovado pela prática médica cotidiana da rede municipal que, o comportamento desses médicos (do Posto) difere daquela postura conhecida tradicionalmente.

Muito embora se considere que a postura do médico da rede seja diferente, não se pode esquecer que a relação médico/paciente está marcada pela distinção inerente entre os dois.

Isto porque, a relação médico/paciente é considerada uma relação de autoridade, pela própria natureza da mesma pois, o saber científico que o médico detém confere poder a quem o domina. Tanto o médico como o paciente sabem que existe entre eles uma relação desigual, pelo menos no caso em discussão. Portanto, é preciso considerar a perspectiva de nivelamento dos interesses-comuns entre os dois, é meio remota. A consciência das diferenças, serve ao paciente para lembrar que este, enquanto categoria, dificilmente alcançará a condição de médico, pelo menos com relação ao conhecimento propriamente dito. Mas, o médico não deve esquecer e, trabalhará melhor enquanto considerar o fato de que, esta mesma população detém um tipo de conhecimento empírico próprio - a Medicina Popular - que auxilia interpretar a doença e que, tem respostas satisfatórias para os mesmos males. Para diminuir a distância entre o médico e o paciente, Santos sugere que o médico transfira seu conhecimento e sua prática para o pessoal de enfermagem e para a própria população. (in O Novo Profissional de Saúde ABEM vol. 4, 1980).

coloca em julgamento o conhecimento médico. (') Sobre o mesmo, Boltanski assinala que:

"... não se emite nenhum julgamento porque escapa à reflexão e não é como os outros conhecimentos... que a experiência cotidiana pode confirmar ou desmentir..."(')

O mesmo autor também analisa o comportamento dessa camada social frente ao conhecimento médico:

"... Assim os membros das classes baixas, em geral, não adotam uma atitude crítica em relação ao conhecimento médico, nem aquela atitude racional que consistiria em tê-lo como falso ou verdadeiro ou,

(') Coloca-se em dúvida se o paciente tem uma postura passiva frente às informações que recebe do médico sobre a doença. Esta afirmação engloba fatores que necessitam ser compreendidos separadamente: 1. O paciente age com insegurança e desconfia do médico porque não entende o que ele diz; 2. O paciente não coloca em julgamento o conhecimento médico porque não detém saber para tanto.

Diferentemente agiria um paciente da mesma classe social que o médico pois, este seria capaz de questionar o tratamento e pedir explicações caso não esteja satisfeito com a conduta.. Tal postura não é passiva e, denota uma atitude e crítica da parte de quem questiona, o mesmo não acontece com o paciente dos postos de saúde que, tem uma relação diferente com o médico, é ao mesmo tempo, de respeito e desconfiança com relação a sua linguagem técnica e a conduta exigida pelo médico, mas, não se sente capaz de opinar sobre o conhecimento médico. Neste sentido, tem procedência a colocação do autor acima citado (L.Boltanski) que trata apenas de entender a postura das camadas populares frente ao conhecimento médico, com relação a este aspecto, tal postura poderia ser realmente considerada passiva.

(') L. Boltanski - op.cit., pg. 65.

pelo menos, em supor que ele deveria necessariamente ser uma coisa ou outra..."(')

3.4.2. O Auxiliar da Saúde na Área Rural

A utilização de auxiliares de saúde em áreas subdesenvolvidas tem como objetivo melhorar a cobertura sanitária. É a Organização Mundial de Saúde que define o termo com um sentido genérico:

"... refere-se a todo pessoal sanitário de categoria não profissional que ajuda uma pessoa portadora de um título profissional".

Já para as Nações Unidas, o auxiliar é entendido como:

"... um trabalhador remunerado que, sem possuir todos os títulos exigidos em uma especialização técnica determinada, colabora com um profissional e atua sob sua direção".

O uso de pessoal intermediário para as ações de saúde tem implicações consideráveis para a Política Nacional de Saúde. Uma delas é o fator econômico que determina sua utilização em grande escala, substituindo o profissional. Efetivamente, o seu treinamento é menos completo que o do médico, e o seu custo é menos dispendioso também. Outro fator que implica no sucesso das políticas sanitárias, é o trabalho subjacente à atividade do auxiliar junto à sua comunidade, (observe-se que a definição acima citada deixa de salientar aspectos importantes, como este, por exemplo).

Na área rural, o auxiliar de saúde procura definir suas

(') L. Boltanski - Op.cit., pg. 65.

ações em conjunto com a população local, visando, por exemplo, erradicar focos de doença ou diminuir a incidência das mais comuns. Isto se deve, em grande parte, ao fato de que, além de receber um treinamento, o auxiliar pertence à área em que trabalha, sendo oriundo dela, o que raramente acontece com o médico. Ele participa junto com a população dos seus afazeres agrícolas cotidianos, podendo discutir com os moradores seus problemas sanitários, ao mesmo tempo em que trabalham juntos, por exemplo, cultivando uma horta, lidando com criação ou participando de mutirões.

Tendo maior facilidade de contato com o centro médico da região, ele pode decidir como preparar uma campanha, leva o problema para a comunidade, discute e esclarece, ouve opiniões e motiva os moradores para as tarefas de bem comum.

Embora os auxiliares tenham consciência dos problemas que enfrentam, nem sempre cabe a eles a solução definitiva de problemas que só podem ser resolvidos a longo prazo. Suas ações não podem estar desvinculadas do resto da comunidade e, menos ainda, dos outros centros maiores de decisão.

A fala abaixo, de duas auxiliares de saúde do interior de Minas Gerais, pedindo providências para a Secretaria de Saúde de seu município, é esclarecedora do que se observou imediatamente acima:

"Aqui em nossa comunidade a população continua a viver sérios problemas. Alguns, com o esforço da comunidade são resolvidos, outros porém, são mais complicados, e dependem de mais órgãos.

E dos problemas maiores que enfrente nosso povo é o número de crianças com gastroenterites... A verminose é o maior problema, pois na parte de saneamento a comunidade enfrenta sérios problemas. O mé

dico da Unidade de Atendimento encaminhou à Secretaria de Saúde um relatório abordando o assunto e pedindo para que a CEME pudesse talvez fornecer o medicamento para distribuir para o pessoal...(')

Para complementar o esclarecimento do caráter da ação de saúde feita pelo auxiliar passa-se a discutir o seu trabalho ao longo de um profissional na área urbana, onde se evidencia o aspecto social da relação auxiliar de saúde população. Ao mesmo tempo se destacará o papel que esta categoria assume no seu trabalho diário, a qual tende a se firmar como uma nova agência de cura intermediária entre o médico e a benzedeira popular.

3.4.3. O Auxiliar de Saúde Urbano

"... o auxiliar selecionado na própria comunidade onde trabalha, deve se interessar pela realidade da área em que vive participando dos movimentos do bairro..." (entrevista com auxiliar de saúde da Vila)

Devido ao processo de recrutamento e seleção, realizado pela Secretaria de Saúde, o auxiliar tem mais vantagem do que o médico, no que diz respeito ao conhecimento das necessidades da comunidade em que atua. Isto porque ele mora no bairro onde trabalha e a princípio deve ser participante de qualquer entidade de bairro, ter um grau mínimo de alfabetização, ser maior de idade, sendo dispensado de experiência anterior. O médico por sua vez, apenas cumpre o seu horário semanal, sem realizar nenhum contato extra-traba-

(') in Boletim dos Auxiliares de Saúde do Norde de Minas nº 8 pg. 6.

lho com a população.

Vejamos o que diz uma auxiliar a respeito dos critérios de escolha:

"... o primeiro critério é a moradia. Tem que morar na área do Posto, conhecer a população e saber de seus problemas. Tem que se preocupar com a comunidade e trabalhar com ela. Nem sempre a gente consegue fazer tudo isso. Nós somos treinadas para fazer tudo isso. Existe uma inscrição no bairro onde vai ser aberto o PS, depois uma comissão da Secretaria faz a entrevista e depois faz a seleção. Depois disso tem um curso de treinamento e quando acaba a gente vem para o Posto". (entrevista em anexo)

Na realidade, nem sempre são alcançados todos esses objetivos. Há elementos que não desempenham bem suas atividades e, para isso, existem mecanismos de controle para sanar as dificuldades encontradas durante o trabalho, tais como: rodízios de tarefas, cursos de especialização e atualização, oportunidades de participar do planejamento do trabalho, contestar ou sugerir mudanças das atividades do Posto. Em outras palavras:

"Às vezes a gente faz o rodízio. Isto é para todo mundo fazer um pouco de tudo. Às vezes, quando um gosta mais do que outro daquilo que está fazendo então fica mais tempo..." (auxiliar de saúde)

Isto posto, a baixa rotatividade no trabalho proporciona um contato prolongado com a população que busca seus serviços. Suas atividades não estão restritas ao Posto de Saúde. De acordo com os princípios da Atenção Primária, o auxiliar deve percorrer a área de cobertura realizando visitas domiciliares para seguir os pacientes

que não podem se locomover; avisar do comparecimento ao Posto para vacinação e exames; além de observar e orientar as condições de saneamento. Enfim, "além de atender as pessoas a gente deve discutir com eles os problemas de saneamento e outros problemas relacionados com o assunto, procurando fazer com que as pessoas participem do plano de saúde comunitária" (auxiliar de saúde).

Relativamente ao tipo de medicina que deve ser desenvolvido no Posto, as auxiliares de saúde tem consciência de que "tem muita gente doente, por isso temos que fazer a medicina curativa".

Assim, elas assumem integralmente as suas funções: "tratamento das doenças, da verminose, dos ferimentos e encaminhamos para os especialistas dos hospitais". (auxiliar de saúde)

A extensão dos serviços prestados pela auxiliar bem treinada, e consciente do sentido que busca alcançar com a atenção primária, determina a formação de uma clientela própria que a procura sempre, no Posto ou em sua casa.

Fora de seu trabalho, a auxiliar de saúde é chamada para discutir os interesses da categoria em sua associação onde passa a perceber mais claramente a importância de seu trabalho, valorizando-o.

Em geral, na zona urbana, o Posto de Saúde, é mais uma agência de serviços que se instala na comunidade, muitas vezes sem haver qualquer reivindicação neste sentido. As pessoas que se utilizam desse serviço podem contar também com o médico do INAMPS ou com os hospitais-escola. É o caso do Posto da Vila Rica, no qual a afluência é sempre crescente, embora a população conte com os serviços de outras agências de cura, oficiais e populares.

Os auxiliares de saúde que trabalham no Posto, tem grande influência na determinação da escolha do tratamento. Assim, neste Posto, foi combinado um tipo de atendimento para o qual o auxiliar utili-

za os conceitos básicos da medicina científica e, falando a mesma linguagem daqueles que estão sendo atendidos, aceita, respeita e, muitas vezes, também se vale dos conhecimentos da medicina popular.

Tal autonomia se deve, em grande parte, aos médicos do Posto que tentam desde algum tempo, mostrar como funciona o esquema teórico da Atenção Primária. A adaptação do serviço é feita por cada auxiliar, segundo a compreensão pessoal do universo de trabalho e moradia.

É fato que 80% dos atendimentos realizados no Posto de Saúde são feitos pelos auxiliares, que trabalham com rodízios de funções, todos participando de todas as tarefas. E, morando na mesma área onde se localiza o Posto, quase sempre se faz necessário que o trabalho seja desenvolvido fora da jornada normal, aos sábados e domingos, sem remuneração.

Uma das auxiliares mais jovens do Posto de Saúde confirma a observação acima:

"... eles procuram a gente a qualquer hora, às vezes, eu preciso mandar dizer que não estou. A gente vai na casa, aplica a injeção, olha a garganta, e se não for muito grave eu mando procurar o médico do Posto no dia seguinte... Eles não pagam nada, se pagasse, eu acho que aceitava. Muitas vezes eles nem agradecem. Tudo isso é porque a gente mora no mesmo bairro e eles já conhecem a gente lá do Posto..." (auxiliar de saúde, 25 anos)

É de se supor que o fato de a auxiliar morar no mesmo bairro que sua clientela ajuda em seu trabalho. A confirmação dessa hipótese está contida no depoimento do médico do Posto que diz que, morar no mesmo bairro "ajuda muito mas de vez em quando atrapalha". Isto porque, como se viu no depoimento anterior, "eles procuram a gen-

te a qualquer hora". Mas, para o trabalho do Posto, morar no mesmo bairro ajuda porque, a auxiliar "já tem o conhecimento da história de vida das pessoas que ela atende, o que propicia o encaminhamento do diagnóstico e da terapêutica". (entrevista com o médico do Posto)

Algumas pessoas têm vergonha do médico, de falar sobre a sua doença ou então, acham que sua doença é simples e não precisa do médico. Nestes casos, procuram a auxiliar, que é uma pessoa mais próxima delas, da mesma classe social, do mesmo bairro.

A auxiliar mais antiga do Posto já trabalhava desde os 17 anos como auxiliar de enfermagem. Por ter feito apenas o curso primário não pode continuar seus estudos e, tentou sempre trabalhar na área que gostava - enfermagem. Dificuldades econômicas impediram-na de melhorar seus estudos e seu conhecimento prático. Conformou-se em continuar sendo uma auxiliar que, graças a boa vontade da enfermeira chefe, aprendeu as técnicas de enfermagem, tratamento de doentes, etc.

Mudando para Campinas, mudou também suas atividades. Aqui começou a trabalhar como servente do grupo escolar, permanecendo nessa função durante 9 anos, até ser transferida para a Secretaria de Saúde. No Grupo Escolar, onde trabalhava anteriormente, era sempre requisitada para fazer um curativo, encaminhar o tratamento das doenças infantis e outras atividades ligadas à saúde. No bairro era procurada para fazer partos, aplicar injeções, fazer curativos. A auxiliar não sabe explicar ao que se devia, exatamente, essa procura. Em sua opinião, era procurada porque muitos não tinham condições de pagar uma consulta ou ir até o Pronto Socorro.

Já no Posto de Saúde, sua conduta é rígida por padrões fortemente fundamentados no respeito à autoridade do médico e de seu saber. O respeito não é atribuído à pessoa do médico, mas sim ao co

nhhecimento científico que ele domina.

Seu discurso indica que seu conhecimento vem da prática adquirida durante anos, o que lhe dá segurança ao diagnosticar uma doença, às vezes mais depressa mas, logicamente, menos elaborada do que o médico. Ela sabe dizer de que doença se trata e qual o tratamento a seguir, a mesma segurança não é demonstrada no que diz respeito à causa àquilo que provocou a enfermidade.

Seu conhecimento é intuitivo e frequentemente lança mão de sua sensibilidade para tratar o doente. Assim como o médico, seu diagnóstico pode estar errado mas, seguindo seus critérios de certo e errado, o seu erro é imperdoável porque avançou num campo que lhe é desconhecido e, mais ainda, proibido.

Mas, segundo o médico, o avanço no campo que não lhe pertence, não chega a se constituir num problema. Isto é mais raro: "o que acontece é que ela tem medo de chegar até onde pode. Ela tem muito medo, acontece, então, dela se afastar exageradamente do médico".

A resposta para a delimitação do campo de atuação pode ser buscada na insegurança da auxiliar mas, na realidade, o que existe "é a necessidade da consulta conjunta, em que ela chama o médico quando está fazendo a consulta de enfermagem para fazer junto com ela. É quando ela está com alguma idéia do que deveria ser feito e pede confirmação. Isto acontece muito, é mais frequente. Eu acho isso normal". (médica do Posto)

A relação de trabalho entre médicos e auxiliares, em geral, é "muito cordial; em alguns momentos ela fica tensa e difícil pela própria relação de subordinação". E o médico do Posto tem ainda a acrescentar que, "frequentemente ela é uma relação muito cordial e existe, por ter sido pessoas que começaram uma experiência juntos, mais do que uma cordialidade de colega de trabalho, existe uma afeti

vidade muito grande". Um dos fatores que contribui para esse entrosamento se deve às poucas mudanças que ocorrem no Posto. É ainda o médico que explica: "a equipe não muda muito, às vezes um funcionário troca com outro porque mora mais perto do Posto. Todos os funcionários são bem antigos, eles têm, pelo menos, três anos de casa".

Na ausência do médico no Posto a auxiliar para além do que lhe é permitido. Mas este desempenho só se dá quando conhece a pessoa que procura o Posto de Saúde; quando sabe ou percebe que a família não tem recursos econômicos para procurar outra agência de cura; quando percebe que a mãe não tem condições ou conhecimento suficiente para medicar ou já medicou errado; quando a pessoa já foi ao Pronto Socorro e o médico falhou no diagnóstico. Nestas situações a auxiliar, por iniciativa própria, desempenha bem as suas funções, sem incomodar com a ausência do médico. Mesmo quando ele está presente, a auxiliar age com desembaraço, solicitando sua presença apenas para confirmar o diagnóstico e medicamentos adequados. Isto porque é exigido do médico o controle de certos medicamentos (antibióticos, por exemplo, para evitar possíveis erros das auxiliares em administrá-los

O trabalho no Posto, depois de bem engrenado, torna-se rotina. Difíceis são os casos que essas auxiliares não podem resolver sozinhas. A divisão, de tarefas, utilizada na rede de Atenção Primária, promove a responsabilidade individual dentro daquilo que já é conhecido por todos. Portanto, cada um tem o seu papel, mas os limites não estão explicitados, variando de acordo com o esquema de trabalho de cada médico presente. Neste caso, a liberdade de ação da auxiliar é determinada pelo grau de confiança que o médico atribui às suas funções. A experiência cotidiana apontou quem é merecedor de crédito porque assume o trabalho com responsabilidade.

Quanto à relação da auxiliar com a medicina popular, esta aparece clara no discurso daquela profissional que apenas não consegue encontrar um motivo razoável para não utilizá-la em seu trabalho cotidiano. Mais uma vez, na explicação, está presente o "medo" do médico e de sua medicina. A autoridade devida a seu superior no trabalho provém do grau de conhecimento científico que o médico detém. Sentimentos pessoais, como simpatia em relação ao médico, não chegam a interferir no procedimento da auxiliar.

Como interessa, neste estudo a descrição das estratégias postas em prática pela população da Vila Rica, registra-se aqui como, no próprio contexto do Posto de Saúde, a existência de um uso alternativo da medicina. Para a auxiliar, a falta de um médico perto de sua casa determinou uma opção pela medicina popular. Ela mesma a utilizava para seus filhos e o restante da família. Os filhos cresceram e a crença na eficácia continuou a mesma. Apenas agora, não tendo mais necessidade de aplicá-la, já que trabalha no Posto de Saúde e conhece melhor a medicina científica, consegue avaliar o "grau de responsabilidade" que lhe cabe quando trata de um indivíduo doente. Suas palavras explicam com clareza a opção:

"Eu tenho prática na medicina popular desde que meus filhos eram pequenos. Agora eu não uso mais porque os filhos são grandes e os netos que tenho são todos complicados. Também, depois que comecei a trabalhar no Posto é que conheço melhor o grau de responsabilidade, porque trato dos outros e também porque a medicina tá tão perto..." (auxiliar de saúde - 49 anos)

Como resultado final, pode-se dizer que a crença dessa auxiliar na medicina popular não foi alterada a ponto de estar desa-

creditada. A explicação de sua recusa em utilizar esta medicina alternativa no Posto, está diretamente vinculada aos sentidos de "respeito à autoridade", ao qual se refere constantemente em seu discurso. Apesar de fazer parte daquela medicina oficial, de trabalhar com seus representantes e ser também um deles, ela não consegue ultrapassar esse esquema.

"... Acho que se usar a medicina popular estou desrespeitando a medicina deles e, além do mais, ninguém nunca me autorizou..."

Esta observação acompanha a segurança na eficácia do tratamento popular. Mas, está além de suas possibilidades se fazer entender e conseguir explicar, não aos pacientes mas aos médicos, o quanto seria útil a combinação dos dois tratamentos.

O médico, por sua vez, não deve esquecer o porquê da escolha desse tipo de auxiliar a qual, deve morar no próprio bairro e conhecer a população com quem vai trabalhar. Se essa auxiliar trata seus filhos com ervas e chás, porque não incorporar, de fato este conhecimento no seu trabalho diário? Introduzir a medicina popular no atendimento diário significaria considerar as características sócio culturais daqueles a quem se propõe servir.

No caso específico, esta auxiliar poderia agir como ponto de confluência daquelas pessoas que procuram no Posto algo mais do que a simples cura de seu mal orgânico. Pois, buscam confiar suas queixas em quem é receptivo a elas por ter uma experiência de vida semelhante. Complementando esta idéia, a auxiliar esclarece:

"... Eu tenho certeza do tratamento, mas não consigo brigar para valer minha idéia, não consigo me impor. Se fizer isso, vou formar uma clientela à

parte do Posto (da medicina do posto) mas, dentro do Posto. Agora, se um dia eu sair de lá eu vou misturar as duas coisas, o que eu já sei e o que eu apreendi lá..."

O seu relacionamento com os moradores do bairro ultrapassa os limites do Posto, sendo reproduzido em sua casa, com seus vizinhos ou mesmo com desconhecidos. Ela é constantemente interpelada, em qualquer local, ou a qualquer hora, para sugerir um tratamento adequado, aplicar injeções e ajudar em partos. Para ela, essa procura se explica pela confiança que transmite:

"... As pessoas confiam porque sou mais velha e, quando percebo que elas tem confiança, a orientação é feita com maior prazer..."

ENTREVISTA COM A MÉDICA DO POSTO DA VILA RICA

- *Como é o trabalho no Posto?*

Tem muito trabalho no Posto porque o médico tem que dar, pelo menos, 10 consultas por período, esse número já é fixo. É sempre 10 ou mais que 10. Elas dão a ficha de atendimento para as pessoas e todo dia você tem as consultas médicas e alguns programas, para desenvolver. A consulta médica a gente chama de eventual. Para consultas eventuais são dadas 10 fichas. Além disso tem também as consultas que aparecem nos Programas de Criança e Gestante. Isso quer dizer que as pessoas do Programa podem ou não passar pelo médico. Geralmente, no Programa, 4 consultas acabam passando pelo médico e dessas eventuais estão passando bastante ultimamente pelo médico, porque estamos com pouca enfermagem e tem muita coisa para fazer: ver material, programa, vacinas, burocracia, arquivos.

Então, estão fazendo pouca pré-consulta porque é aí que se define se vai ser consulta de enfermagem ou consulta médica. Na pré-consulta ela vê a queixa do paciente, se é coisa muito simples, sem sofisticação, ela mesma resolve; se é coisa complicada, ela passa para o médico. Quando tem pouca pré, você vai ter muita consulta médica porque daí já passa direto para o médico.

- *Não dá para organizar melhor e diminuir o trabalho de atendimento?*

O problema é o seguinte: quando você vai organizar o trabalho, a única coisa que pode ficar sem, porque o médico acaba se virando sozinho, é a pré-consulta. Porque o médico não vai fazer vacina, o médico não vai fazer pesagem da criança, injeções e curativos. Quando há muito disso, tem que haver mais pessoal para isso. A limpeza e esterilização do material ocupa muito tempo.

Funcionamento do Posto e relação do trabalho com as auxiliares.

A relação dos médicos com as auxiliares é uma relação muito cordial que em alguns momentos fica tensa e difícil pela própria relação de subordinação. Acho que frequentemente ela é uma relação muito cordial e existe, por terem sido pessoas que começaram uma experiência juntos, mais que uma cordialidade de colega de trabalho, existe uma afetividade muito grande. A equipe não muda muito, às vezes um funcionário troca com outro porque mora mais perto do Posto. Todos os funcionários são bem antigos, eles têm, pelo menos, três anos de casa.

Descrição do trabalho da auxiliar.

A divisão de funções da auxiliar é assim: atendimento de recepção, que é receber a pessoa que vem ao Posto e saber o que ela quer. Sabendo o que ela quer, ela procura a pasta familiar e abre a ficha para ver se precisa colocar mais folhas ou algum impresso que necessite. Se a pessoa nunca esteve no Posto, ela deve abrir a pasta, providenciar cartão índice, ver exames solicitados. Outra atividade é a pré-consulta: é uma atividade de tomada de alguns dados vitais e tomada de queixa do paciente. Aí é que vai ser definido se é uma consulta médica ou consulta de enfermagem. E com os dados vitais que ela já tomou - peso, pressão, temperatura - ela pode trabalhar com eles ou passar para o médico. Tudo isso é para as consultas eventuais. Daí tem os programas que são: pré-natal e o programa de criança, muito mais números.

- Há muita procura pelo pré-natal?

Não chega a não ter vaga, mas tem muita procura; já teve ocasiões que a gente pensou em abrir dois grupos.

Continuação do trabalho da auxiliar.

Também, além desses dois programas, tem o programa da mulher que é a atenção ginecológica. A auxiliar tem que fazer um ou dois progra-

mas, o que depende das férias delas. No momento tem só uma em cada programa.

No programa de criança ela tem que pesar, medir estatura e o perímetro cefálico e tirar a história alimentar, discutir com a mãe a alimentação da criança, os cuidados com a criança e ver se tem alguma queixa que necessite uma interferência do auxiliar ou uma interferência do médico.

Em determinada faixa etária a criança tem que passar obrigatoriamente pelo médico (de 0 a 6 meses). No programa ela também tem que fazer a distribuição do leite em pó, obedecendo alguns critérios para a distribuição do leite, prioritariamente critérios de risco que indicam o critério nutricional da criança. Até os 6 meses a gente incentiva a amamentação, depois disso o leite é acessório. A mãe tem um grande interesse em receber o leite, elas acham fundamental e, a auxiliar que cuida disso no programa tem muita dor de cabeça, a mãe não entende os motivos, tem muita discussão.

Os critérios para distribuição do leite:

- primeiramente o estado nutricional. Criança perdendo peso, em alguns casos de dificuldade econômica da família que, dá pra saber, pela própria história, que a mãe conta, por exemplo quando o pai perde o emprego.

- *E quanto aos medicamentos?*

O Posto tem pouco medicamento porque a Secretaria de Saúde não fornece muito: está sempre faltando. Algumas vezes um laboratório manda amostras grátis; para mãe é importante que se prescreva o remédio, e ela valoriza muito a medicação, mas, o médico quando acha que não precisa dar o remédio ele não dá e às vezes a mãe pede.

- Existe algum problema de disciplina com os auxiliares?

Sim. De vez em quando alguma falta exageradamente e a gente tem que chamar atenção.

- A auxiliar passa de seu domínio para atuar no do médico?

Isto é mais raro. O que acontece é que ela tem medo de chegar até onde pode. Ela tem muito medo, acontece então dela se afastar exageradamente do médico. O medo é devido à própria insegurança dela. Às vezes, mais raramente, acontece de ela ir além do médico e ele reclama mas, o que existe muito é a necessidade da consulta conjunta, em que ela chama o médico quando está fazendo a consulta de enfermagem para fazer junto com ela. É quando ela está com alguma idéia do que deveria ser feito e pede a confirmação. Isso acontece muito, é mais frequente. Eu acho isso normal.

- O fato dela pertencer ao mesmo bairro da clientela ajuda no trabalho?

Ajuda muito, de vez em quando até atrapalha. Ela já tem conhecimento da história de vida das pessoas que ela atende, o que propicia o encaminhamento do diagnóstico, o encaminhamento da terapêutica.

- E quanto aos médicos?

Com relação aos médicos houve maiores mudanças com relação aos auxiliares. Um mudou de cidade. Recentemente a prefeitura colocou a disposição mais uma médica que mora perto do Posto. Tem mais um médico que já está há 4 anos. Antes dele teve mais dois médicos que, posteriormente, passaram para outros Postos. A saída deles não tem nada a ver com brigas. Havia o problema de diferenças de opiniões mas, nunca houve nenhuma briga séria entre os médicos e nem entre médicos e

funcionários. Agora a equipe funciona muito bem, está perfeitamente integrada.

- *E sobre a relação médico-paciente?*

Os médicos adotam a visão de não utilizar os conhecimentos como um poder e sim colocá-los a serviço de quem os necessita. Não é necessário correr com a consulta porque é dado um tempo razoável e o médico pode esticá-lo, marcar nova consulta, propor uma visita, participar dela. Dessa maneira há possibilidade de se realizar um relacionamento mais produtivo e eficaz, para as necessidades de cura. Através das fichas familiares contidas na pasta familiar, há toda a história pregressa do paciente e anotações de fatos mais importantes que trazem um arsenal para reforçar essa relação. Pela posição não repressiva dos médicos há a possibilidade de se aprofundar temas não possíveis normalmente. É uma relação de confiança e respeito mútuo.

ENTREVISTA COM A ENFERMEIRA DO POSTO
DE SAÚDE DA VILA RICA

- *Como é o atendimento no Posto de Saúde?*

O atendimento no PS pode ser visto de dois pontos de vista: primeiro, da forma de ser realizado e, segundo, os critérios prioritários que devem regular esse atendimento. É para ser um atendimento de fácil acesso, deve atender a qualquer pessoa mesmo que seja do INPS, desde que a pessoa pertença à área de cobertura que foi demarcada pelo Posto.

Além de atender as pessoas a gente deve discutir com eles os problemas de saneamento e outros problemas relacionados com o assunto, procurando fazer com que as pessoas participem do "plano de saúde comunitária".

O Posto deve desenvolver um trabalho de medicina preventiva (vacinas e esclarecimentos) e a atendente deve cuidar da vigilância epidemiológica que sai do Posto e vai para as favelas. Deve discutir com a mãe porque a criança está desnutrida. Como já têm muitas pessoas doentes temos que fazer a medicina curativa então, tratar das doenças, da verminose, dos ferimentos e encaminhar para especialistas e hospitais.

- *Como o Posto formou sua clientela?*

Bem, o Posto foi aberto para a população com uma área delimitada. No começo as pessoas procuram o Posto porque estava perto de suas casas, por não precisar marcar consultas na cidade e outras facilidades.

No programa de criança, além do atendimento houve também a distribuição do leite em pó que, lógico, atraiu muita gente. Também existe uma preocupação nossa em tratar bem e respeitar a população.

- *Quais os critérios da escolha do médico?*

Os médicos são escolhidos desde que concordem com o que está escrito na Política Municipal de Saúde. Eles tem que se interessar pela saúde pública e pelos problemas da população.

- *Quais os critérios de escolha do auxiliar?*

Quanto aos auxiliares o primeiro critério é a moradia, tem que morar dentro da área do Posto, conhecer a população e saber de seus problemas. Tem que se preocupar com a comunidade e trabalhar com ela. Nem sempre a gente consegue fazer tudo isso. Nós somos treinados para fazer tudo isso. Existe uma inscrição no bairro onde vai ser aberto o PS, depois uma comissão da secretaria de Saúde - nessa comissão tem médico, enfermeira e auxiliar de saúde - faz entrevistas e depois faz a seleção. Depois disso tem um curso de treinamento e quando acaba a gente vem para o Posto.

- *Quem organiza e como se distribuem as atividades no Posto?*

A equipe do Posto organiza o trabalho. Na equipe tem os médicos e auxiliares.

Às vezes a gente faz o rodízio entre as auxiliares. Isto é para todo mundo fazer um pouco de tudo. Às vezes, quando um gosta mais do que o outro daquilo que está fazendo então fica mais tempo.

Existe uma hierarquia de funções?

Existe uma hierarquia quanto ao conhecimento de cada um. Quando não se tem segurança procura um superior, que é o médico. O que não é atendimento a gente distribui as funções.

- O que é uma auxiliar de saúde?

O auxiliar de saúde é selecionado na própria comunidade onde vai trabalhar. Deve se interessar pela realidade da área em que vive, participando dos movimentos do bairro. Geralmente ela faz um trabalho em equipe, nas reuniões ela pode falar, pedir mudanças e pode participar de todo o planejamento do trabalho.

CAPITULO IV

AS AGÊNCIAS DE "CURA POPULAR"

Tendo descrito a agência de cura oficial e as pessoas que lá trabalharam - O Posto de Saúde e os seus representantes - a finalidade deste capítulo é mostrar ao leitor as outras opções de saúde para os moradores da Vila, a saber: a parteira, as benzedeadas, o Centro Espírita e o Pastor da Igreja do Evangelho Quadrangular. É preciso esclarecer que tais agências, embora situadas no espaço interno da Vila, não atendem apenas aos moradores. Assim como o Posto de Saúde, para onde afluem pessoas da redondeza, a fama de algumas benzedeadas chega a atingir bairros distantes dali.

Conforme se verá no Quadro I - Agências de Cura Erudito/Popular, aos agentes de cura "internos" à Vila e "associados à Religião", contrapõem-se os agentes de cura "eruditos", especificados no mesmo quadro, afim de facilitar a compreensão das possíveis opções para solucionar problemas direta ou indiretamente ligados à saúde.

O Pastor da Igreja Quadrangular será aqui identificado como representante de uma agência interna destinada a "curar os males do corpo" ou a restaurar a saúde do indivíduo como faz a Benzedeadas e o Posto de Saúde. O Pastor se diferencia de ambas e se aproxima dos Padres e Irmãs Católicas por se tratar de uma agência capaz de providenciar a cura de aflições pessoais, que, muitas vezes, pode ser responsável pelo início de um processo de doença.

Das agências que serão descritas a seguir, apenas o Pastor, ocupando uma função essencialmente masculina, atua na Vila mas não é morador de lá. Todas as demais agências populares, desenvolvem o trabalho, ao mesmo tempo que moradia de seus representantes moram no próprio bairro. Isto facilita a frequência de seus clientes.

O Centro Espírita será identificado a partir do trabalho de benzimento de duas mulheres. A descrição da casa e do trabalho

que o Centro desenvolve servirá para se entender como essas benzedei-
ras justificam sua dupla atuação.

Quanto a definição do estado de doença, esta será dada com as próprias palavras de uma benzedeira e poderá ser estendida às outras mulheres benzedei-
ras, cuja compreensão é a mesma do Pastor Quadrangular. Interessante notar que a doença, dividida, necessa-
riamente, entre "material" e "espiritual", está associada à crença religiosa daquelas representantes das agências populares. Observa-se também uma necessidade de se auto-definir quanto a crença que confessam, como se o fato ajudasse a compreender o tipo de trabalho que desempenham. É a partir da crença que se define o tipo de benzimento e a especialidade de cada uma: mal de criança, adulto e 'mal jeito'.

Para facilitar a caracterização das benzedei-
ras da Vila, será construído o Quadro II - Benzedei-
ras da Vila do qual constará: a crença, o estado civil, a origem e iniciação, a especialidade e vi-
da atual. Tais informações foram obtidas junto às benzedei-
ras com o auxílio de entrevistas e observação de seu trabalho. Elas serão iden-
tificadas por letras do alfabeto e, a descrição de seu trabalho se-
guirá as características especificadas no mesmo Quadro II.

Sendo este capítulo essencialmente descritivo a necessi-
dade de se remeter a outros autores será menor. Para esclarecer so-
bre a técnica de benzimento, as regras de passagem do conhecimento e a iniciação ao trabalho de benzimento, Maynard de Araújo será um dos autores utilizados, embora, em seus textos, não exista a preocupação de desenvolver as características das pessoas que praticam tais téc-
nicas.

É ainda intenção do capítulo ressaltar o quanto essas mulheres, representantes das agências populares, identificam-se às outras mulheres da Vila. Elas se aproximam à medida que exercem o

mesmo trabalho da maioria - empregada doméstica - e porque também se ressentem das mesmas dificuldades de sobrevivência do restante das famílias da Vila. O Quadro II finalizará a exposição e confirmará a posição das benzedeadas como "chefes da casa", ocupando o lugar do marido ausente e tendo que diversificar suas atividades para manter a família.

4.1. Os Agentes de Cura da Medicina Erudita

A população da Vila Rica tem acesso a vários tipos de agências de cura. Para facilitar a compreensão das mesmas e, conseqüentemente, entender seu uso, é necessário defini-las e classificá-las a partir de critérios ideológicos de legitimidade(') manifestos no discurso dos agentes envolvidos. O que se obtém então, é uma classificação baseada em oposições entre duas ordens sociais simbólicas: uma erudita e outra popular, com as respectivas subdivisões abrangendo os agentes do bairro - internos - e sua correspondência com o resto da cidade - externo.

Para montar o quadro das agências de cura, é necessário esclarecer que aquelas aqui enfocadas tratam diretamente de solucionar, em princípio, os problemas ligados diretamente à saúde do indivíduo. As restantes - as outras agências - procuram controlar ou resolver tipos de aflição ou sofrimento decorrentes do modo de vida próprio de uma sociedade urbana, os quais são muito bem definidos por Peter Fry e G. Howe:

(') São os valores e conceitos das próprias pessoas que no momento a dequado os utilizam para justificar a escolha, é a versão própria dos fatos.

"No contexto do Brasil moderno urbano, os tipos de aflição podem ser agrupados em três áreas: em primeiro lugar vem a saúde; em segundo, o que nós chamaríamos "operando o sistema", isto é, subemprego, não pagamento de salário, dívidas, questões com a polícia, encontro com autoridades burocráticas, etc; em terceiro, a aflição que resulta de dificuldades em associação interpessoal". (')

Quadro I - Agências de Cura Erudito/Popular

	ERUDITO		POPULAR	
	INTERNO	EXTERNO	INTERNO	EXTERNO
Agentes de Cura	Médico Auxiliar de Saúde Farmaceutico.	INAMPS Hosp. Escola H. Infantil P. Socorro Farmácias Centro de Saúde	Parteira Benzedeira Benzedeira Massagista Ervateiro	- Benzedeira de outros Bairros Ervateiro do Bosque
Agentes de Cura Associados à religião	Padres Católicos Irmãs Católicas	Padres e Irmãs de Outras Paróquias	Centro de Umbanda Pastor da Igreja Quadrangular	Centro de Umbanda C. Mesa Branca e Kardecismo Candomblé Igrejas e Seitas Pentecostais e de Cura Divina

FONTE: Pesquisa com Agências de Cura da Vila Rica.

(') in "Duas respostas à aflição: Umbanda e Pentecostalismo" Revista Debate e Crítica nº 6. Ed. Hucitec, S.P., 1975.

Como exemplo de agentes de cura no âmbito da Medicina Erudita, cita-se o médico e a auxiliar de saúde, funcionários de Posto de Saúde da Vila Rica.

Aqueles agentes são procurados pela população local para resolver problemas de doença. O Posto de Saúde funciona das 8 às 17 horas, diariamente. É uma instituição oficial financiada pela Secretaria de Saúde Municipal que emprega dois médicos e seis atendentes, sendo que três deles moram no próprio bairro.

Como foi visto anteriormente, a área de atuação do Posto não se restringe à Vila Rica, para ele afluindo também moradores dos bairros vizinhos. Para o atendimento de cada bairro, estão destinados dias fixos durante o mês. No caso de crianças, inscritas no Programa de 0 a 18 meses, estas devem comparecer ao Posto de Saúde para fazer o controle de seu desenvolvimento em uma determinada semana do mês. (1) As outras pessoas do bairro que necessitam de consultas comparecem ao Posto de Saúde com certa antecedência para reservar vaga. Como a área de atuação é extensa e o número de médicos é insuficiente para atender a demanda, não é difícil concluir que sobram pessoas sem atendimento. A alternativa é voltar no dia seguinte, se a pessoa puder esperar até lá, ou então procurar outra agência para proceder à cura.

Ainda resta, no próprio bairro o farmacêutico, o qual também procede à diagnósticos e indica remédios, muitas vezes de acordo com o que ele tem no seu estoque. Não raro ouvimos queixas em relação ao farmacêutico, por ter tomado a iniciativa de alterar a dose de um antibiótico, ou substituí-lo por outro, independentemente da opinião do médico. As duas farmácias que servem à população da

(1) Regularmente são estabelecidos 3 dias numa dada semana, conhecidos pela população, durante os quais o Posto realiza o controle.

Vila Rica, distam apenas alguns quarteirões do bairro, distância normalmente percorrida à pé.

4.2. As Agências de Cura Popular

4.2.1. A Parteira

Enquadra-se na categoria da agência de cura popular, uma parteira que já realizou partos de mulheres no início da construção da Vila:

"Não aparo mais crianças porque não tenho vista boa. Eu só ajudava nos casos simples de parto normal. Além do mais, hoje ninguém precisa, tem ambulância, tem hospital, as mulheres vão antes para o hospital".

São os moradores mais velhos sabem que ela já foi parteira. Foi uma das primeiras moradoras a se mudar para o bairro quando este não tinha ruas asfaltadas e nem luz elétrica. Acompanhou o crescimento da Vila e participou das várias associações que iam surgindo. O seu trabalho era muito importante, em um momento em que as dificuldades para se conseguir médico eram grandes. Justificando sua atuação, lembra que:

"Naquela época a gente fazia o que podia, já ajudei muita criança nascer (aponta um menino de 12 anos brincando de bola). O Nabor quase que nasce na minha mão. São não nasceu porque ele pôs o pé primeiro. Aí eu recolhi e falei pro pai dele: leva pra o hospital, é melhor".

Depois dela não apareceu mais ninguém que fizesse partos, nem mesmo teve a chance de ensinar as filhas:

"Aprendi isso com minha tia, que era parteira lá em Minas. Eu tinha e ainda tenho guardado até hoje todo o material que usava: tesoura, gaze, espara-drapo, mercúrio, merthiolate. Usava uma bacia da casa, quando chegava lá fervia tudo. Preferia aparrar minhas crianças à noite, quando tinha pouca gente em casa".

4.2.2. O Centro Espírita

A benzedeira também é definida como uma agente de cura popular. Os centros de umbanda que existem na Vila foram criados e funcionam a partir de duas agências (assinaladas no mapa), as quais se colocam como instituições populares organizadas para encontros regulares entre pessoas, segundo as normas estipuladas pela organização que confere licença para seu funcionamento.

Seus adeptos são oriundos da Vila e da redondeza. Os dois terreiros são de tamanho pequeno, construídos precariamente no fundo do quintal. Chega-se até eles a partir da extensão de um cômodo da casa. Não se observou qualquer ligação entre esses dois terreiros, sendo autônomos e as atividades (sessões) transcorrendo em dias diferentes. A frequência irregular a esses centros, sugere que o seu crescimento é cíclico, composto por fases de grande movimento e de paradas repentinas.

A presença feminina no terreiro é constante, quer seja durante as sessões ou fora do horário delas. A mulher desempenha um papel importante sem que, no entanto, sua adesão ao culto implique em modificações de seu comportamento cotidiano.

A mãe de santo, a líder do terreiro, teve necessidade de procurar trabalho remunerado fora do bairro, uma vez que essa atividade não ajuda a manter a casa e criar seus filhos. Assim, uma

delas é empregada doméstica, trabalhando das 8 às 18 horas. A outra exerceu várias funções e no momento trabalha esporadicamente como faxineira. Quando se apresenta a ocasião, além de umbandista esta benzedeira é cartomante. Esta mulher passará a ser denominada neste texto como Benzedeira D. (')

Sua casa pertence àquela categoria das que foram aumentadas e hoje conta com: 3 quartos, copa, cozinha e banheiro. No quintal pequeno se situa o terreiro e a sala de sessões. Neste existem dois altares cheio de imagens de santos, flores de plástico, velas acessas e bonecas. Na parede estão pendurados diplomas, radiografias e fotos da mãe de santo em ocasiões especiais. É neste mesmo cômodo que ela atende às pessoas que procuram benzimento, trabalhos de umbanda, ou cartomancia.

Esta aparente diversificação de atividades resumidas em uma só pessoa, é explicada pela própria benzedeira:

"... Em geral, as pessoas que tem fé no trabalho da benzedeira usam o centro espírita e o médico da mesma forma. O meu papel é benzer uma pessoa doente, adulto ou criança, e quando não resolvo, encaminhinho para o médico".

4.2.3. A definição de doença

Portanto, a fé é o componente mais importante para alcançar uma resposta favorável a qualquer tipo de aflição:

(') Benzedeira D, é viúva, tem 44 anos e divide a moradia com dois filhos e um genro. As demais benzedei^{ras} também serão diferenciadas através de letras do alfabeto.

"... Gente boa, não vem neste centro porque não precisa de ajuda. Sô vem quando está doente e tem fé, assim como tem fé no médico..."

A eficácia do benzimento depende do grau da fé, de sua intensidade. Ela é imprescindível para quem pede, mas, nem sempre é necessária para quem recebe, ou seja, é um benzimento indireto, a pessoa que pede não é a mesma que recebe.

A própria benzedeira limita seu campo de ação, quando diz que sua especialidade é curar "doenças espirituais", a qual é definida em oposição à atividade do médico que trata de "doenças materiais". Segundo este raciocínio, estar doente:

"... é quando alguma coisa não está bem, ou na casa ou com o marido, é quando a situação social a-baixa. Às vezes ela aparece - a doença - com dores, provocadas por quebrante, mal olhado, ou inveja, ou então é um nervoso, encosto; é tudo que o médico não resolve".

No caso de "doença material", o caminho mais comumente seguido é:

"... A pessoa que está doente vem aqui para benzer. Eu benzo tres vezes, (retorna tres vezes) se não resolve a gente indica o médico e dá orientação".

Em todas as benzedadeiras percebe-se a necessidade delas mesmas se definirem como católicas ou como espíritas. Mas, nenhuma delas foi tão explícita como a Benzedeira E, que sô benze crianças.

"... Rezo o terço todo dia à 18 horas pelo rádio, e peço pelas crianças que me procuram. Não benzo adulto porque é muito complicado, quase sempre e-

les tem problemas com o espiritismo. Quem faz isso, é dona M, aqui da frente".

4.2.4. A Iniciação

A maioria das benzedadeiras da Vila Rica (cinco mulheres), já trabalhava com benzimento antes de se mudarem para a Vila. A iniciação ao trabalho se deu de forma igual para todas: pela transmissão do conhecimento detido por outra pessoa (a mãe, a tia ou outro conhecido). Diferem apenas os motivos da iniciação. Por exemplo, Benzedeira C, especialista em torções e massagens interessou-se pela prática, porque seu marido, que tinha um problema de saúde, necessitava de massagens semanais.

Para ela, era mais fácil aprender a técnica específica com quem a detinha:

"... Aprendi a fazer massagens porque meu marido precisou. Por um bom tempo eu ia junto com ele fazer massagem num homem lá do Guanabara (bairro). Fui tantas vezes que acabei aprendendo. Depois fazia no meu marido e para as pessoas que me procuravam, usando sempre aquela erva que agora não encontro mais, as vezes um conhecido meu consegue achar em Goiás".

A especialidade no caso dessa benzedeira foi sendo definida com o tempo pela procura, dentro daquilo que ela aprendeu:

"... Da massagem para o benzimento do mal jeito, foi só um passo. Agora as pessoas me procuram porque sabem do meu trabalho. Mas já não faço como antigamente, não tenho as ervas e estou sempre doente. A massagem cura a pessoa com certeza e mais rápido

do que o benzimento, no caso do problema ser igual. Por exemplo, torção do pé, pancada no joelho, dor na espinha".

Ainda com relação a iniciação, Maynard de Araújo explica que existem algumas diferenças entre a Simpatia e a Benzedura. A intensão contida nas duas técnicas é semelhante, objetiva curar, proteger e prevenir. Às vezes tem o mesmo ritual e utiliza gestos e palavras não raro incompreensíveis. Só que as "simpatias não precisam como as benzeduras, ser executadas por uma pessoa especializada". (')

Sendo assim, qualquer pessoa pode, quando souber, executar ou ensinar uma simpatia. Já que o benzimento não pode ser feito por qualquer um, e o benzedor não transmite seus ensinamentos a não ser em dias especiais para um outro "iniciando". Estas ocasiões especiais são: "... no momento em que o benzedor pressente sua morte, na sexta-feira Santa, no dia dos Mortos, no dia 25 de março, e no dia de Natal. Caso ensine noutra épocas, perderã a força para realizá-las. Fica quebrado". ('')

A reduzida clientela de algumas benzedoras da Vila e o sucesso de outras, podem ser explicados, entre outros motivos e seguindo a linha de raciocínio de M. Araújo, pela não observação das regras de passagem do conhecimento, realizada em datas erradas, ou assimiladas erroneamente, o que, de qualquer forma, implicaria na "quebra do poder".

Portanto de acordo com o autor, embora essas mulheres continuem sendo chamadas de benzedoras, elas podem apenas ser "leigas" que detêm a técnica do benzimento, mas que transmitem simpatias,

(') Araújo, M., Op.Cit., pág. 68.

('') Araújo, M., Op.Cit., pág. 69.

pois, benzeduras e simpatias se confundem, quanto ao ritual quanto ao fim. Outra explicação poderia ser buscada na profanação daqueles ritos de benzimento que com o tempo se tornaram simpatias sendo atualmente difícil a sua distinção.

Em resumo, existem na Vila sete agências de cura popular que se definem segundo sua especialidade. Elas benzem: mal de criança, mal de adulto, dores musculares, mal jeito.

O benzimento é feito em sua própria casa ou então na casa da pessoa doente quando esta não pode se locomover, não existindo delimitação de horário para os que buscam a cura. Algumas benzedei-
ras tem o costume de atender apenas durante o dia mas, se o caso for urgente elas podem fazer o benzimento mesmo à noite.

O ritual é simples: as benzedei-
ras, em geral procedem da mesma maneira com todos os seus clientes. Ouvem com atenção a queixa e fazem algumas perguntas para se certificarem do mal que se está sofrendo. Logo após, procuram se concentrar, abaixam a cabeça, cobrem os olhos com a mão enquanto murmuram em voz baixa palavras imperceptíveis. Daí, em silêncio começam a trabalhar com os objetos próprios para o benzimento. Utilizam a faca ou a tesoura ou qualquer objeto que seja pontiagudo ou cortante, as cinzas e a água para casos de torção e dores musculares. Os movimentos são combinados com preces e orações, nas quais o nome da pessoa, presente ou não mas buscando a cura, é constantemente mencionado. Durante esse ritual, quando a concentração da benzedeira é grande, parece não haver nenhuma pessoa na sala, a luz é fraca e todo o barulho externo desaparece, se capta apenas alguns monossílabos de sua prece e o ritmo de sua respiração. Tudo é feito calmamente e o silêncio é quebrado apenas por ela no final, quando explica ao cliente como deve ser com-

pletada a cura. A benzedeira espírita substitui a água, as cinzas e os objetos pelo rosário, colocado em torno do pescoço das pessoas. Mas, todas acendem velas durante ou mesmo depois que o benzimento se processa. Para finalizar, quando necessário, as benzedeiros receitam chá de ervas ou receitas de remédios caseiros. A benzedeira espírita pede que se acenda velas por alguns dias da semana.

Essas agências de cura popular se pautam por um princípio geral de não pagamento pelos serviços de benzimento. Acredita-se que o efeito positivo do benzimento desaparece caso ela seja pago em dinheiro. Mas, contudo, está implícito para ambas as partes, para quem faz o benefício e para quem recebe, a existência de um pagamento em espécie. Sendo assim, as benzedeiros aceitam: pó de café, feijão, açúcar, etc..., sempre de acordo com as possibilidades de cada um. Apenas uma delas exige o pagamento em dinheiro (benz. F). Esta benzedeira serve como referência para as demais que a tomam como exemplo, para explicar melhor o seu próprio trabalho:

"... eu não trabalho como minha vizinha (Benz. F) que cobra pelos seus serviços. Ela deixou uma criança morrer no hospital a semana passada, porque a mãe não tinha Cr\$200,00 para pagar seus serviços, é uma coisa imperdoável".

As agências estão sempre a disposição daqueles que delas necessitam. Esta é uma das vantagens das benzedeiros sobre o médico do Posto pois, elas atendem a qualquer hora.

4.3. O Pastor

No Quadro I - Agências de Cura Erudito/Popular - definiu-se o Pastor da Igreja Quadrangular, juntamente com o padre e

as irmãs católicas, como uma categoria de agente que não trata diretamente de solucionar os problemas de saúde do indivíduo. O Pastor é definido em oposição àquelas agências que objetivam curar, independentemente dos meios de que se utilizam.

A afirmação imediatamente acima requer um esclarecimento quanto aos motivos que levam as pessoas a se identificarem e se filiarem a uma ou outra instituição. Objetivando "curar" as aflições, as pessoas podem escolher determinados grupos que vão exercer sobre elas, uma influência capaz de modificar seu comportamento. Acredita-se que a conversão, já numa etapa posterior à cura, dependa mais da eficácia dos símbolos utilizados pelo grupo do que de qualquer benefício político ou econômico que possa nascer de tal afiliação.

É o que se pode reter, depreender do comportamento do Pastor da Igreja Quadrangular e sua clientela, quando se assiste ao ritual de culto na Vila Rica.

O Pastor G não tem uma clientela fixa em apenas um determinado bairro. Os dias de culto estão distribuídos durante a semana, tendo o Pastor que se locomover pelos vários bairros onde existe a sua igreja.

Na Vila Rica, o culto é feito em um barracão alugado, onde antes funcionava uma pequena fábrica. Lá foram colocados bancos de madeira e construídos, acima do nível do chão, um palco situado no fim do barracão. O chão é de cimento grosso e as paredes não tem pintura.

O pastor, de boa aparência, demonstra cuidados na escolha de suas roupas modernas, trajando sempre camisas de manga comprida, calça e blaser, cores combinadas o que denota uma preocupação

com seu aspecto pessoal. Dando ênfase aos gestos das mãos e à sua postura estudada, parece estar desempenhando um papel previamente definida pois, sabe que deve manter toda a atenção voltada para si, tal como ocorre com os animadores de televisão.

Durante o Sermão, posterior à leitura da Bíblia, o pastor dá a sua interpretação pessoal de alguns versículos (nota-se que a leitura não é acompanhada pelas outras pessoas que não tem Bíblia). Em alguns momentos, ele pede a participação dos ouvintes para que repitam em coro as frases de exaltação ao nome do Senhor. Constantemente, faz referência à sua experiência pessoal, afim de justificar ou cobrar as condutas que os fiéis devem ter em sua vida diária.

Também faz parte do ritual uma sessão de leitura de cartas, previamente escolhidas dentre aquelas pessoas que escreveram buscando alcançar uma graça, solucionar problemas domésticos ou pedindo uma orientação médica. Nas respostas dadas pelo Pastor se faz sempre presente uma mensagem de esperança para os que sofrem sem, contudo, desestimular os que escreveram relatando que não alcançaram, ele sempre pede para que continuem lhe enviando as cartas, afim de que todos possam acompanhar o desenrolar dos casos pessoais.

Todo ritual se justifica pelos quatro princípios da Igreja Quadrangular:

BENÇÃO - para todos que a procuram

CURA - dos necessitados

CONVERSÃO - dos infiéis

RETORNO - de Deus para salvar

A preocupação maior de seu Pastor é curar as "doenças espirituais", uma vez que:

"Quem cura as doenças do corpo é o médico. A minha Igreja trata das doenças do espírito, pois as pessoas não devem procurar curar o corpo, porque ele não serve para nada depois da morte e sim, devem procurar curar o espírito porque ele sobrevive".

Relativamente ao acesso das pessoas à Igreja Quadrangular, P. Fry já fez observações profundamente pertinentes. Segundo ele, é na cura de uma aflição física que se encontra a explicação do acesso inicial a estes grupos e a posterior filiação aos mesmos. "Uma cura 'considerada miraculosa' será um fator importante como determinante para que uma pessoa possa resolver ou não comprometer-se integralmente como membro. Há uma maior probabilidade de cura 'miraculosa' onde os símbolos empregados tem significado para o paciente" (')

Daí depreende-se a importância que uma pessoa, considerada um filiado em potencial, dá a uma instituição que traz em sua fachada "CURA ENFERMOS" e, torna-se mais fácil compreender os motivos que levam os moradores da Vila Rica a procurar a Igreja Quadrangular.

Por outro lado, o seu Pastor tem consciência de que, dentre as aflições vividas pela sua clientela, uma das mais comuns, mas nem por isso menos importante, é a doença, o "mal do corpo". Lançando mão dos recursos disponíveis para tratar de convencer as pessoas da melhor conduta a ser adotada, o Pastor diz ter por missão "salvar o espírito" e demonstrar sua importância pois, é a única coisa que nos restará após a morte do corpo. Por isso, faz constantes referências à sua própria experiência ao relatar episódios de sua iniciação e, não deixa de lembrar, através das cartas dos fiéis, como as outras pessoas estão sendo bem sucedidas em sua fé. É ele quem diz:

(') Fry, P., Opus. Cit., pág. 90.

"... Entrei para Igreja por motivo de doença de um irmão. Antes disso eu fazia muitas loucuras, corria muito de carro e bebia bastante. Minha vida era bem complicada".

Mas por não saber explicar o real motivo de sua opção ou talvez por achar desnecessário, ele afirma que:

"... Não importa perder tudo e sim servir a Deus que Salva e Cura. Deus é igual ao INPS, voce precisa Dele".

Igualmente, responde de forma vaga como são realizadas as curas. Diz apenas que:

"... A cura é uma das propostas da Igreja, serve como chamariz... É a fé em Deus que cura mas, a proposta da Igreja é: Benção, Cura, Conversão e Volta".

Pelos motivos acima descritos reafirma-se as considerações iniciais quando se estabeleceu a identidade do Pastor como uma categoria de agente popular, embora estivesse muito associado à religião.

Não se pode negar que a fé é o componente essencial para alcançar a cura e, da correta manipulação dos símbolos religiosos depende a modificação do comportamento pessoal dos fiéis frente a vida. É quando os seguidores da Igreja Quadrangular passam a buscar a cura do espírito mais do que de uma aflição física.

4.4. As Benzedeadas da Vila Rica - resumo

Na sequência, monta-se o quadro abaixo, com o objetivo de resumir e melhor visualizar os dados utilizados nesse relato.

QUADRO II - BENZEDEIRAS - VILA RICA

	Benz.A	Benz.B	Benz.C	Benz.D	Benz.E	Benz.F	Benz.G
1.IDADE E CRENÇA	+ 70 a Católica	50 a Crente	56 a Católica	44 a Católica e Espírita	68 a Católica	60 a Espírita	50 a Espírita
2.ESTADO CIVIL	Casada 5 filhos	Viúva 4 filhos	Viúva -	Viúva 3 filhos	Viúva 5 filhos	Casada 8 filhos	Viúva 1 filho
3.PROCEDÊNCIA	Sul de Minas	Pedreira-SP	Campinas-SP	Pedreira-SP	Est.Pernambuco	Dracena-SP	Est.S.Paulo
4.ORIGEM	Rural (roça)	Urbana (emp.dom.)	Urbana (emp.dom.)	Urbana (emp.dom.)	Rural (roça)	Urbana (lavadeira)	Urbana (emp.dom.)
5.MUDANÇA	p/Campinas há + 30a	p/Campinas há + 30a	-	p/Campinas há + 30a	p/Campinas	p/Campinas há 15a	-
6.INICIAÇÃO	aprendeu com a mãe	aprendeu com a tia	aprendeu com uma massagis- ta e benzedei- ra	-	-	-	-
7.ESPECIALIDADE	benz."dores de adulto"	"benz."mau jeito"	"benz."mau je_i to, torção e faz massagens"	benz."males de criança e adulto"	benz."males de criança"	benz."males de criança e adulto"	benz."males de adulto e doenças es- pirituais"
8.VIDA ATUAL	cuida da casa	cuida da casa	cuida da casa	faxineira	cuida da casa	cuida da casa	empregada doméstica

FONTE: Benzedeira Vila Rica

O Quadro II, demonstra que as benzedadeiras da V.Rica são mulheres cuja idade varia entre 40 e 70 anos, quase todas viúvas, com filhos e netos. Observe-se que uma delas tem apenas uma filha que, mesmo casada e com filho, continua morando na casa da mãe. Quanto às outras, é difícil conhecer o número exato de filhos "legítimos" ou não elas parecem não fugir ao modelo existente no bairro, em que as mulheres mais velhas costumam ter muitos filhos de outras uniões. Todos, enquanto é necessário, vivem na mesma casa e, mesmo sendo filhos de benzedadeiras, suas famílias não destoam do resto das da Vila.

As atribuições definidas pela idade, sexo, grau de parentesco são iguais em todas as famílias sejam de benzedadeiras ou não. O fato da "chefe da casa" ser benzedeira não diminui os problemas comuns enfrentados por todos. Essas famílias também sentem dificuldade na busca de emprego; o orçamento doméstico "é apertado", (') convivendo todos com a violência do bairro.

Apenas duas dessas benzedadeiras são casadas, embora a presença do marido seja quase inexistente, só se percebendo que ele mora na mesma casa quando a esposa fala nele. A benzedeira, além dos benzimentos, ocupa-se também dos serviços gerais para manutenção da casa: lavagem da roupa e preparo das refeições. Trabalhando assim, é normal que todos os membros da casa recorram a elas. Sendo, em geral, uma pessoa calma, ela consegue, ao mesmo tempo que benze, estabelecer um bom funcionamento para a casa.

(') É preciso levar sempre em conta o fato de que o benzimento, mesmo quando eficaz, não implica em pagamento. Apenas aquelas mulheres que lêem a mão ou prevêem o futuro podem e cobram por este serviço, considerado como trabalho extra remunerado.

Seus problemas pessoais nunca são abordados durante o benzimento, exceto quando a cliente "é da casa" e insiste em saber como todos estão passando. A benzedeira usa sua experiência para orientar aqueles que a procuram, nunca colocando o discurso na 1.^a pessoa ("eu faço assim" ou "eu uso isso"). Age como uma profissional neutra, de bom senso. É uma pessoa "em quem tudo se confia".

Das sete benzedeiros entrevistadas, duas vieram de outros estados e as restantes nasceram e foram criadas no Estado de São Paulo. Estas últimas, ao se mudarem para Campinas, continuaram exercendo a mesma profissão - empregada doméstica e lavadeira - trabalhando em casa de família. Algumas, enquanto não arrumam casamento moravam na casa de patrões. Outras, quando se mudavam com toda a família, acomodavam-se em subhabitações urbanas - os cortiços espalhados pela cidade. Mas, para todos, a solução "para melhorar de vida" era o casamento quando, então, poderiam unir esforços para sobreviver. Ou seja, o casamento, não significava para a mulher a interrupção do trabalho remunerado. Ao contrário, casando-se, esta aumentava o seu trabalho e as suas responsabilidades.

Aquelas que vinham "da roça", que trabalhavam na lavoura, sentiam maiores dificuldades em se empregar. A benzedeira F, por exemplo, trabalhava na lavoura no Estado de Pernambuco e veio para São Paulo com os filhos; os mais velhos tomavam conta dos mais novos enquanto os pais iam trabalhar. A benzedeira A diz que sua profissão é servente de pedreiro mas que já trabalhou como empregada doméstica quando não havia serviço em obras.

Quanto ao tempo de vivência urbana, este pode ser considerado a partir da mudança para a cidade grande, na qual as condições de moradia eram mais precárias do que as que tinham tido até

então. As famílias destas mulheres (pai, mãe, tios) nem sempre as acompanhavam, pois, ao casar, elas tinham que seguir o marido. A escolha do local onde trabalhar, morar e criar os filhos, dependia, na maioria das vezes, de um contato anteriormente estabelecido, geralmente com alguém que pudesse ajudar a aprender como se conduzir numa cidade grande.

A última etapa da mudança - local de moradia atual - não dependeu de redes de parentesco ou vizinhança, isto é, não foi por influência de amigos ou conhecidos que essas mulheres conseguiram suas casas numa vila habitacional. É claro que a clientela das benzedei-ras aumentou depois de estarem instaladas em um meio que, por um lar-go tempo, não contou com recursos médicos. Foi a partir do trabalho de-senvolvido na Vila Rica que estas benzedei-ras se tornaram conhecidas. Atualmente elas atendem pessoas de bairros vizinhos, e duas delas formam o Centro Espírita, onde, muitas vezes, mesclam o trabalho de benzimento com as sessões espíritas. Isto significa que o trabalho em si é diferente, mas os clientes podem, eventualmente, serem os mesmos para as duas práticas.

Das observações acima se conclui que:

- As mulheres ocupam uma posição de destaque, sendo, em sua grande maioria, "o chefe da casa", fato comum em quase toda a Vila. Não encaram o serviço de benzimento com fins lucrativos, pois trabalham fora de casa para sobreviver.

- Quase todas as famílias, personificadas, no caso, como uma agência de cura, apresentam uma situação sócio-econômica seme-lhante. As casas são bem simples, assim como os objetos nelas conti-dos. Seus gastos são pequenos e se vestem modestamente. Apenas duas delas possuem alguns símbolos de status que denotam um poder aquisi-tivo maior do que as outras: carro, eletro-domésticos ou a casa re-

formada. Esta aparente diferenciação só pode ser explicada pelo trabalho extra que estas duas benzedeadas exercem. Como atualmente quase todas estão desempregadas, e o benzimento não traz nenhuma compensação monetária, a explicação só pode ser buscada no trabalho com o Centro Espírita, no qual estas duas mulheres participam ativamente.

- Essas agentes definem-se como católicas, duas são praticantes, frequentam a igreja e rezam o terço em grupos. As que se dizem espíritas, seguem uma linha definida (Kardecismo, mesa branca, etc.). Apenas uma se reconhece como crente, opção feita depois do casamento, por exigência do marido, mas tendo sido educada como católica.

É comum entre essas benzedeadas o de ter mais de 3 filhos. Apenas uma tem só um filho. Uma outra não tem nenhum filho porque dois morreram após o nascimento. Entretanto, criou várias crianças, filhos de irmãs ou de conhecidos. O fato de ter filhos, conferiu-lhe a confiança por parte de outras mulheres e, também experiência, quando se trata de crianças ou quando o problema é de ordem familiar. Por isto mesmo, acredita-se que essas agências têm, via de regra, contato, mesmo indireto, com todos os membros da família, diferentemente do médico que mantém contato apenas com um dos membros, ou seja, aquele que o procura, diretamente.

- A benzedeadora, no decorrer de suas atividades rotineiras, pode obter informações consideráveis sobre vários aspectos da vida da família. Quando existe um bom relacionamento entre ela e o cliente, pode conseguir informações adicionais sobre membros da família que não tem, em geral, um relacionamento direto com a agência.

- A convivência regular e a participação nos problemas cotidianos da Vila, dos vizinhos e de seus clientes, faz dela uma pessoa talvez mais prudente e imparcial, pairando acima das dificul-

dades familiares daqueles que a procuram. Portanto, a área de interesse das agências em questão, torna-se muitas vezes, difícil de ser demarcada. Os limites são difusos, principalmente porque elas devem tratar de aflições individuais e não das relações sociais entre famílias e/ou destas com outras instituições.

- Quanto à iniciação, apenas duas delas acham que o benzimento não é um dom nato. Coincidentemente, elas são benzedeiras especializadas em massagens e entorces, cuja técnica pode ser aprendida por qualquer pessoa.

ANEXO I

RESUMO DE ALGUMAS ENTREVISTAS
COM AS BENZEDEIRAS DA VILA RICA

1. BENZEDEIRA A - "Benzimento não é profissão"

A Benzedeira A não tem muitos clientes para benzimento. Atende esporadicamente, quando é procurada. Muitas vezes acontece o contrário, quem procura as pessoas é ela, oferecendo benzimento.

Durante as entrevistas, perdia-se nas estórias que contava, insistindo várias vezes que não utilizava o benzimento como profissão, isto é, não ganhava dinheiro com isso.

Contou estórias sobre filho que levou um tiro nas costas e como ela o curou com sua fê. Contou sobre seu derrame e de como foi curada por uma visão. Sobre o homem que vive com ela e sobre o seu trabalho - servente de pedreiro.

Ela veio do sul de Minas para cá com 12 anos e desde então trabalhou como doméstica e servente de pedreiro. Ultimamente, não trabalhava mais fora, só em casa, cuidando dos filhos. Um deles é marginal, tendo sido preso várias vezes. O outro é doente mental, tem crises e agride todo mundo.

Quando perguntei quem é que trata dos problemas de saúde aqui no bairro, respondeu: "tem um Posto aqui na Vila; as pessoas doentes vão lá. Tem outros aqui perto da Vila (outros Postos em outros bairros). Nem sempre o médico trata de tudo, só resolve alguns problemas. Mas, não posso desfazer da medicina". Aqui ela para e começa a contar sobre o filho que foi baleado.

Perguntei também se padre mexe com problemas de saúde. Disse que não sabe; o único de quem ela já ouviu falar foi do padre de Tambaú, que fazia milagres. Quando está com problemas de saúde procura o médico, mas é muito difícil precisar de um. Citou o caso de derrame que teve há 15 anos e como foi sua cura. Sarou com palha de alho e cebola.

Referindo-se ao benzimento perguntei qual era sua especialidade. Ela ficou brava e disse que era servente de pedreiro e não tinha o benzimento por profissão. Expliquei-me melhor e insisti e ela me respondeu que só usa a palavra de Deus. Não sabe ler e escrever, nem sabe os dias da semana - "Eu não benzo, só falo a palavra de Deus, não é profissão".

Daí para frente desisti de perguntar sobre problemas de saúde. Deixei-a falar à vontade e o resto ficou confuso. De importante disse que recebeu o dom de sua mãe quando nasceu. Ela é igual a sua mãe, que lhe ensinou tudo. Só conhece o uso de dois tipos de ervas. Pede sempre para a pessoa que vai lhe procurar que compre um maço de vela que ela só ascende quando o pedido for concedido.

Observação: No Posto, antes de ir para a entrevista falei com uma atendente que mora no bairro e conhece esta benzedeira. Suas opiniões sobre ela são: "ela não bate bem da cabeça, de vez em quando ela sai gritando pela rua como louca, também com os filhos que tem..., um é louco da cabeça e outro é marginal. Ela vive me chamando para ir benzer, eu não vou porque não acredito. Em caso de doença quem resolve é o médico". Disse que também conhece outra que benze torção (joelho e perna) que é procurada pelos rapazes que jogam bola. Neste momento ela para e começa a descrever aquele ritual de benzimento, justificando, e explicando todas as passagens. Confessa que não acredita em nada daquilo, mas conta que uma vez foi curada de dor na espinha que não a deixava andar, num Centro Espírita lá no Rio. Acha que os Centros Espíritas daqui não valem nada, mas os do Rio sim.

2. BENZEDEIRA B - "Benzimento não é um dom, é coisa que se aprende com quem sabe".

A Benzedeira B me recebeu muito bem, apresentou-me às três filhas e mostrou a fotografia do filho mais velho que está internado em Campos de Jordão há 5 meses.

Tem 50 anos e está viúva há um ano e 7 meses. O marido morreu do coração, sofria dos nervos, tinha muita tontura. A filha, de 21 anos, ficou muito doente "dos nervos"; depois que o marido morreu ela levou a menina ao médico, INPS, P. Socorro, todos os dias, durante vários meses, até que ela melhorou. "Agora ela está desempregada, mas vai casar o ano que vem, trabalhava em casa de família". A mais nova trabalha numa fábrica de doces e leva marmita.

A Benzedeira B acorda às 5 horas da manhã para fazer o almoço de sua filha, saindo depois para comprar pão e leite; passa o resto do dia em casa. Diz que não tem medo de ficar sozinha depois que as filhas casarem. A filha mais velha já está casada há 4 anos e mora no cômodo dos fundos com o marido e dois filhos. O filho, que está internado, não é casado. Trabalhava na Telesp e não sabe como ele pegou tuberculose, acha que é friagem e cerveja gelada. Nunca teve problemas de saúde sério, nem ela e nem os filhos, só o marido que sofria do coração e a filha que ficou doente dos nervos quando ele morreu.

A Benzedeira B nasceu em Pedreira, casou e mudou para Campinas. Morava num cortiço na Vila Industrial; gostava muito de lá. O marido era ferroviário. Aí disseram que eles tinham que sair de lá porque iam desmanchar o cortiço. Juntamente com eles moravam 19 famílias. As assistentes sociais foram até lá para oferecerem uma casa na Vila Rica. Quando se mudaram só tinha mato em volta; as ruas não eram as-

faltadas e só tinham água e luz. Dna. Diva dava sopa para as famílias novas que iam chegando.

Logo que o marido pôde, reformaram a casa, construíram mais um cômodo para o filho e mais um nos fundos, faltando agora taquear e reformar a casa.

Foi na Vila Industrial que aprendeu a benzer com uma mulher que já morreu.

Sua tia, que também mora lá benze muito bem, ela era cozinheira de hospital. "Hoje ela está velha, tem 70 anos e sofre de reumatismo, sempre que vem aqui pede para benzer sua perna. Mas reumatismo não sara com benzimento, só o médico pode curar". A Benzedeira B utiliza no benzimento cinzas, tesoura e faca. As rezas são: Pai Nosso e Ave Maria.

Para ela, o efeito positivo do benzimento depende apenas da fé da pessoa, "ele é igual a um remédio que se compra na farmácia, a gente acredita que aquele remédio vai curar porque tem fé nele. Benzer não é um dom, é uma coisa que se aprende com quem já sabe. O mau jeito de criança ou adulto qualquer pessoa pode resolver. Só tem que saber o sentido em que se faz a massagem, a quantidade e a temperatura do óleo (qualquer óleo serve) e o mais importante, "ter fé".

Um detalhe, "benzedeira não benze ela mesma", procura uma outra, mas, ela pode benzer seus filhos e parentes.

Acha que seu trabalho surte efeito porque é muito procurada e, em geral, as pessoas retornam. "Já faz um mês que não aparece ninguém para benzer. Acho que não tem ninguém doente, senão, já teriam vindo me procurar, tanto melhor".

Conhece muita gente da Vila mas, não visita ninguém; é ela quem recebe visitas. Não gosta de sair às ruas; prefere ficar em casa assistindo televisão, só sai quando o genro e a filha a convidam. Não tem

medo de ladrão, "os malandros da Vila não roubam ninguém daqui, eles ficam no jardim fumando maconha e não atrapalham".

Observação: Perguntei sobre a existência das agências de cura na Vila

Farmácia: não tem

Médico: tem no Posto de Saúde mas não usa, vai no INPS.

Parteira: não sabe no momento, já houve.

Curandeira: não sabe.

Rezador: benzedeira E, ela reza o terço na casa das pessoas.

A Benzedeira B sabe quando as pessoas estão doentes (quando tem mau jeito); ao benzer com água e cinza, a água seca. "Doença é uma dor que a pessoa tem, fígado ruim, quando não come bem. Saúde quando a pessoa não sente nada, come bem, tem alegria, é a melhor coisa que tem na vida".

3. BENZEDEIRA D - "Meu papel é benzer uma pessoa doente, adulto ou criança, quando não resolvo encaminho para o médico".

A Benzedeira D é uma pessoa muito ocupada, tive que esperar uma hora na porta de sua casa para ser atendida, estava dando consultas. Tem três filhos; o mais novo tem 21 anos e trabalha na limpeza pública. Fiquei conversando com ela até que chegou minha vez, tinha mais três atrás de mim. Mandou me chamar e perguntou o que eu queria porque ela era umbandista. Logo de início convidou-me para conhecer o quintal pois, era lá que tinha o terreiro. Ficamos conversando num cômodo quase pegado a casa e era ali que realizava as sessões espíritas. Antes de entrar ela quis me mostrar a casa de Exu.

O local:

Casa de Exu - parece uma casa de cachorro, pequena com portas e tranças de madeira; lá dentro havia imagens de santos, fotos, velas acesas. Antes de entrar, a Benzedeira D mandou-me bater palmas.

Sala de Sessões - cômodo pequeno com um vitrô fechado e dois altares: um com várias imagens de santos, flores de plástico, velas e boneca. Todo altar era coberto com uma toalha de renda branca. Ao lado havia um outro menor com uma imagem do Zê Pilintra com um copo de pinga, cigarros, faca e vela. Nas paredes havia quadros com fotografias da Benzedeira D nas sessões, um diploma, uma radiografia da Santa Casa e uma oração. No canto oposto havia um atabaque grande e quatro banquinhos, no corredor que levava até a porta da cozinha, havia um varal cheio de roupas. O resto do quintal que sobrava era povoado por patos e galinhas, sendo tratado com um cuidado especial um pequeno galo.

Ficamos conversando na sala de sessões e, logo de início, a Benzedeira D quis explicar seu trabalho, dizendo que, além de umbandista, ela era benzedeira, lia cartas e tirava a sorte e que também era católica, chegando a se comparar com a Benzedeira C, sua vizinha. Ela tinha licença para fazer funcionar um centro dado pela Igreja Umbandista Central, lá no Mato Grosso.

Perguntei se havia médico no bairro e ela fez referência ao Posto de Saúde. Disse que no bairro não existe farmácia, nem parteira e nem curandeiro. Citou mais duas benzedeiros que ela conhecia: Benzedeira A e Benzedeira C. Ela não trabalha como sua vizinha a Benzedeira A, que cobra pelos seus serviços e lembrou que esta "deixou uma criança morrer no hospital a semana passada, por que a mãe não tinha Cr\$. 200,00 para pagar seus serviços. Uma coisa imperdoável".

Perguntei se ela usava médico quando estava doente e ela respondeu afirmativamente, pois tem problemas de varizes e iridopatia. "As pessoas que têm fé no trabalho da benzedeira, usa o centro espírita e o médico igual". Seu papel é benzer uma pessoa doente, adulto ou criança, todos aqueles que a procuram e, quando não resolve, encaminha para o médico.

ENTREVISTA COM O PASTOR DA IGREJA QUADRANGULAR

Pastor João não tem uma clientela fixa em apenas um bairro determinado. Os dias de culto estão distribuídos pela semana sendo um dia para cada bairro. Lá na Vila Rica, ele faz o 'culto' num barracão onde antes funcionava uma pequena fábrica. Os bancos são de madeira, o chão é de cimento grosso e o pastor faz sua pregação num tablado, de 50 cm de altura, situado no fim do barracão.

Ele tem boa aparência, é jovem e se veste com roupas modernas, parece dar bastante ênfase ao seu visual bem como, os gestos que faz durante o sermão que, consiste na leitura de um trecho e explicação de alguns versículos.

Constantemente, faz referência à sua experiência pessoal para justificar ou cobrar a conduta correta de seus seguidores. Quando perguntado "Como chegou a ser pastor disse":

- "entrei para a Igreja por motivo de doença na família, era o meu irmão. Antes disso eu fazia muitas loucuras, corria muito de carro e bebia bastante, minha vida era bem complicada".

E, ainda acrescentou:

- "Não importa perder tudo e sim servir a Deus que "Salva e Cura" , Deus é igual ao INPS, você precisa deles.

Quando perguntado de que maneira se realizam as curas, ele respondeu vagamente e disse:

- "É a fé em Deus que cura mas, a proposta da Igreja é: "Benção, Cura, Conversão e Volta".

- "A cura é uma das propostas da Igreja, serve como chamariz".

Para ser mais claro ele dá uma definição de doença, afim de melhor compreender a função da Igreja:

- "A doença material, que só quem cura é o médico, em quem eu acredi-

to.

Agora, a doença espiritual, é o que a Igreja cura. As pessoas não devem procurar curar o corpo porque, ele não serve prá nada depois da morte. Então, enquanto está vivo deve procurar curar o espírito".

CAPITULO V

"AS ESTRATÉGIAS DE CURA"

Entre os vários dilemas da mulher da Vila Rica, um dos mais intensos e angustiantes tem a ver com a solução dos problemas de doença, seus e de sua família.

Sem contar com recursos financeiros que, supostamente, confeririam autonomia para facilitar a escolha, a mulher, uma "quase chefe da família", busca, dentre os recursos que a própria Vila oferece, solucionar problemas de saúde, criando alternativas, buscando informações que resultarão na ampliação de sua experiência e de seu conhecimento pessoal.

Dito de outra forma, o que poderia fazer essa mulher com os poucos recursos que tem, quando percebe que seu filho está doente, ou que o seu marido parou de trabalhar por motivo de doença? Ou, então, visto de outro prisma, o que significa uma pessoa perceber - se doente e ter que articular uma estratégia de cura?

Em geral, quando uma pessoa se sente doente, o primeiro procedimento é o de em auto-diagnóstico e, conseqüentemente, um auto-tratamento. Se os sintomas persistem ou pioram, ou, ainda, se aparecem sintomas não identificados, ela procura falar sobre eles com alguém da família, um amigo, um vizinho, para poder melhor se orientar.

Na etapa seguinte e resultando todos esses procedimentos ainda ineficazes, a mãe se dirige a uma agência de saúde.

Para um observador comum, a primeira idéia que surge é de que todos percorreriam o mesmo caminho, ou seja, procurariam o Posto de Saúde do bairro, caso reconheçam que a enfermidade é de menor gravidade. Ou então, os serviços da Previdência Social, caso as pessoas sejam beneficiárias e reconheçam a necessidade deste serviço.

Entretanto, a pesquisa na Vila Rica apreendeu que, assim como as percepções da doença são várias, os caminhos tomados pelas pessoas, enquanto alternativas de cura são também diferentes.

É importante reter que neste bairro as escolhas variam desde a medicina das ervas, garrafadas, simpatias, rezas e benzimentos próprios aos meios populares, até a medicina sofisticada e cara de acesso difícil, própria da classe dominante. O que se busca constitui-se num exercício de catalogação e explicação dos percursos criados pelos moradores que, cortam esse universo de escolha trabalhando com as várias agências de cura, legitimando-as e fazendo-as subsistir.

Desta forma, está sendo considerado, para efeito de análise, as agências de Medicina Oficial: o médico, a auxiliar de saúde do bairro, o hospital com seus especialistas, as empresas médicas da cidade, o INAMPS e a farmácia do bairro vizinho.

Quanto às agências populares reconhece-se apenas as existentes no bairro: benzedeira católica, benzedeira de torções, benzedeira espírita, rezadores, centros de umbanda e o Pastor Quadrangular.

5.1. As situações de pesquisa

Através de entrevistas gravadas e observação participante, pôde-se construir os percursos possíveis combinados entre si, cada qual com sua especificidade.

Os dados para montagem dos percursos foram obtidos ao se trabalhar com vários grupos domésticos, escolhidos aleatoriamente a partir de dois polos de referência: o Posto de Saúde e a casa das benzedadeiras. Isto significou a realização do trabalho de campo - visitas, entrevistas e observações - de acordo com o calendário do programa de crianças do Posto de Saúde da Vila e nos dias de maior frequência de crianças na casa da benzedeira.

O calendário do Posto de Saúde era estabelecido para um período de seis meses, enquanto a benzedeira espírita mantinha sua casa aberta o dia todo, durante toda a semana, salvo nos dias destinados a sessões e trabalhos do Centro. Nessas ocasiões a frequência maior se concentrava na parte da tarde.

Já a benzedeira católica atendia, indiscriminadamente, sem imposição de horários. Pôde-se observar que as pessoas que lá compareciam, sabiam de antemão, ser aquela uma agência destinada a curar "males de crianças" e, por se tratar de uma senhora idosa, deveria ser resguardada a hora de seu repouso, refeição e a hora da reza. Mas, em caso de urgência, todas elas atendiam sem queixas fossem pessoas desconhecidas ou as costumeiras.

A partir desta referência primária - Posto de Saúde e Benzedadeiras da Vila entrevistou-se mães que moravam em bairros vizinhos mas ainda dentro da área de cobertura do Posto e que também frequentavam os dois tipos de agências encontradas na Vila Rica.

Observou-se que quando as entrevistas eram feitas no Posto de Saúde, as mães não se sentiam muito à vontade para dizer sobre suas condutas. Acredito que a proximidade física do médico e de seus atendentes, provocava um certo receio da mãe em expor livremente suas opiniões e experiências sobre outras agências de saúde que não o Posto. Relatando suas experiências, muitas diziam frequentar a benzedeira para casos simples apenas e estavam ali no Posto em busca de leite, remédios e orientação médica. Em geral, as crianças não apresentavam quadros graves de doença e poucas tinham necessidade de passar pelo médico. De qualquer forma, era uma ocasião que respondia, por si só, muitas das questões formuladas sobre as condutas com relação à doença.

As entrevistas realizadas com as mães na casa da benzedeira mostravam um discurso diferente. Uma vez que a benzedeira não tinha qualquer forma de controle sobre a frequência das mães, a pesquisa se deteve em função das entrevistas com aquelas mães que, coincidentemente, apareciam no dia destinado à visita à casa da benzedeira. Como critérios de escolha para selecionar as entrevistas utilizou-se: objetivo da consulta, número de filhos e idade dos mesmos.(')

É preciso acrescentar que, devido à dimensão reduzida e a sua localização geográfica, a Vila Rica ocupa uma posição central em relação a outros bairros maiores e mais povoados, sendo suas agências de saúde conhecidas e frequentadas também por moradores da redondeza. No caso das agências populares, essa frequência não tem limites, chegando a receber pessoas de cidades vizinhas.

(') Na casa da benzedeira apareciam sem hora marcada, todo o tipo de pessoa: homens com problemas de saúde, mulheres 'da vida', moças desempregadas, mulheres para 'encomendar trabalhos' (trabalhos em umbanda onde se emprega velas defumadores e animais mortos) ou ainda, mulheres em busca de receitas de chás.

No decorrer das entrevistas nas casas das famílias, sempre procurou-se iniciar a conversa com perguntas abrangentes sobre a saúde de todos. Deixando as pessoas falarem livremente, buscou-se retirar daí todos os hábitos familiares que poderiam concorrer para a definição das condutas. Interessante anotar que, para a composição desses hábitos, encontrou-se constantes referências às condutas de outras pessoas, de certo modo ligadas à dona da casa: mãe, sogra, avó ou mesmo amigas mais chegadas. Tal fato, confirma a existência de uma rede social formada por pessoas com algum vínculo de amizade e parentesco, por onde circulam as mais variadas informações de situações já vivenciadas. São nestas redes que se busca resposta para os diversos tipos de problemas familiares, pois, aí circulam as informações sobre emprego, casamentos, brigas, mudanças, enfim, sobre a vida e morte das pessoas.

Concorrem para formação desses hábitos familiares as variáveis econômicas determinantes da situação financeira do grupo doméstico e um dado essencial para orientar e definir a procura; sociais, formadas pelas redes de vizinhança onde circulam informações de outras pessoas, estórias de conhecidos e experiências individuais são acumuladas; pessoais, relacionadas com a própria experiência de vida das famílias. Esta última variável abrange todas as anteriores.

Finalmente, é preciso acrescentar que todos os grupos domésticos eram compostos, em geral, por cinco membros: mãe, pai, filhos, parentes mais velhos e irmãos dos pais. Essa variação no número de membros em uma mesma casa se deve às características singulares desta Vila onde, é usual se abrigar mais de uma família nuclear, destacando-se a mulher, mãe de família e responsável pela manutenção do grupo doméstico.

Por ocasião das entrevistas as mães, quase todas, não trabalhavam fora de casa. Em sua maioria, tinham crianças novas, de meses fazendo uso da alimentação mista - peito e leite de vaca -, o que dificultava sua saída. Somente após o desmame as mães costumavam procurar vaga na creche e sair em busca de emprego.(')

Mas, no caso de não perderem o emprego depois do parto, quem se responsabiliza pela criação da criança é a avô ou algum parente próximo, ou, ainda, uma vizinha que é paga para cuidar enquanto as mães estão fora. Esses parecem ser um dos problemas mais sérios que enfrentam as mães das classes populares. O sustento de toda família e, conseqüentemente, sua saúde, dependem, em grande parte de um emprego mais ou menos estável.

Acontece com frequência, encontrar mulheres jovens, mães solteiras, que criam os filhos sozinhas e, para estas, o leite em pó que o Posto distribui é muito importante. Talvez aqui resida um dos motivos da frequência regular dessas crianças no programa. A distribuição gratuita do leite é um considerável fator de atração.

O que se segue é a exposição e comentário dos percursos construídos a partir do depoimento das mães nas ocasiões de doença sua, de seu marido e seus filhos. Tais percursos onde se observa a presença dos dois tipos de agências de saúde. Constituem-se na real

(') Dentre o total de entrevistadas no Posto de Saúde, apenas uma tinha um trabalho estável (técnica de enfermagem) mas, no momento estava sob aviso prévio. Seu último emprego fora na Maternidade de Campinas. O restante trabalhava como doméstica. A faixa etária do grupo entrevistado oscilava entre 18 a 30 anos. Todas eram previdenciárias e podiam valer-se do médico do Posto de Saúde, Clínica Infantil, P.S. Municipal, Hospital Infantil, Hospital Escola e INAMPS.

opção das mães da Vila Rica, estas opções e os motivos das escolhas serão ressaltados no decorrer do capítulo.

5.2. Os percursos: a difusão das agências populares

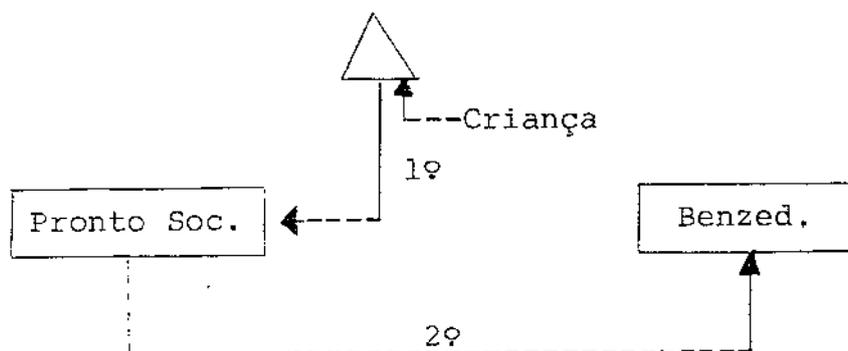
Partiu-se de uma hipótese, segundo a qual a difusão, a popularidade e utilização dos representantes da medicina popular, poderiam indicar a existência de um critério estabelecido de que são eles que podem tratar de determinadas doenças e verificou-se que as experiências positivas com o benzimento reforçam a sua busca em qualquer situação de doença, desde que a mãe reconheça que a benzedeira é capaz de definir a origem do mal. Como as causas que provocaram a doença muitas vezes são difíceis de se reconhecer facilmente e, pode abranger um número significativo de doenças, a explicação para o mal, dado pela benzedeira, se adequa perfeitamente à lógica popular justificativa e satisfaz aqueles que a procuram, ao mesmo tempo que legitima quem a profere. Como resultado, a mãe, acreditando na cura, coloca-se de sobreaviso para qualquer manifestação positiva do organismo da criança (aqui no caso). Acompanhe-se o depoimento de uma mãe da Vila Rica sobre sua conduta:

"... Essa benzedeira, mora aqui na minha rua, é minha vizinha de frente, eu já levei meu filho lá outra vez e foi muito bom.

Foi uma vez que o menino não dormia bem, nem de dia e nem de noite. Daí, o pai levou nessa mulher pela primeira vez e, ela disse que o menino estava com quebrante e que o corpo dele estava todo dolorido, por isso não conseguia dormir. Aí ele ficou bom. Ela é resadora, ela benze com o rosário. É por isso que eu vou lá".

A escolha pode ser também complementada pelo uso de outra agência de cura como por exemplo, o hospital, bastante utilizado nos fins de

semana ou em emergências. Esta mesma mãe exemplifica tal afirmação em outra situação de doença, quando o percurso determinado poderia ser assim representado:



As explicações para tal procedimento são as seguintes:

"... Ontem à tarde, meu filho levou um tombo; era sábado e fui para o Pronto Socorro tirar chapa da cabeça porque abalou os dentes de cima, ficou tudo mole. Como não tinha dinheiro prá comprar o remédio ontêm mesmo, resultado, o menino botou um pouco de sangue pelo nariz (hemorragia) durante a noite. Eu acho que o moleque tem algum problema porque ele é muito mole e vive caindo. Como eu estou muito nervosa e preocupada vou levar ele para benzer na benzedeira da esquina de casa, acho que é o único jeito, mas não sei se ela trabalha hoje". (V. Rica - criança com 10 meses)

A mãe, ao procurar a benzedeira para que "reze o filho", quer, com isto significar que a benzedeira está sendo buscada para o tratamento de problemas diferentes - a moleza da criança. No caso acima descrito, a mãe, tendo procedido ao seu diagnóstico busca, com recursos próprios, solucionar o problema imediato. Feito isso ela se define pelo médico a seu alcance porque, a seu ver ele é o único capaz de responder sobre o tombo e sua consequência - o abalo dos

dentes. Posteriormente, ela procura a benzedeira para que receite, eventualmente, um chá de ervas ou que reze para que a criança fique mais calma ou para que se torne firme e estável porque ela está certa de que o tombo foi consequência da moleza que persiste na criança.

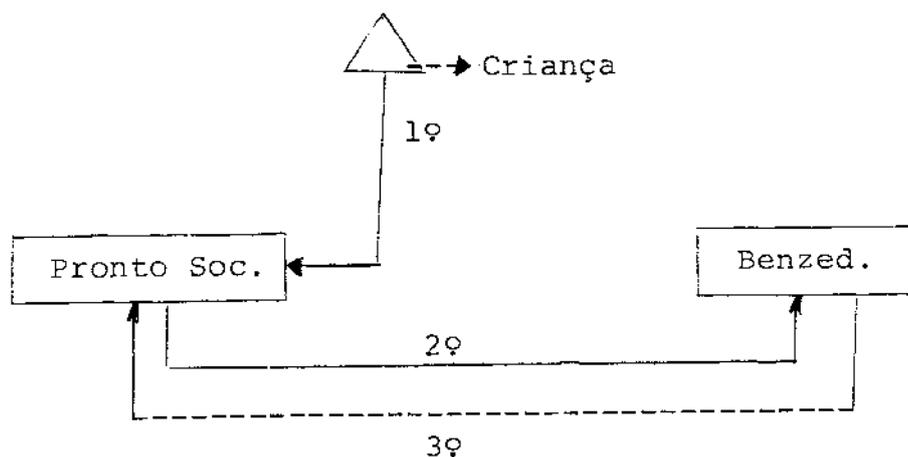
Resumindo, neste primeiro percurso a mãe, numa situação de emergência, buscou o hospital para resolver o problema imediato - o tombo. Feito isso, ela analisa a causa do tombo e chega a conclusão de que este se deu por causa da moleza da criança. Nota-se que a causa parece ser recorrente, o que pode ser exemplificado por sua conduta anterior ao tombo, quando o marido levou pela primeira vez à benzedeira (ver o depoimento da pg. anterior).

Aqui é importante ressaltar que a benzedeira foi procurada após ter sido definido a causa da doença, depois da mãe ter feito seu diagnóstico.

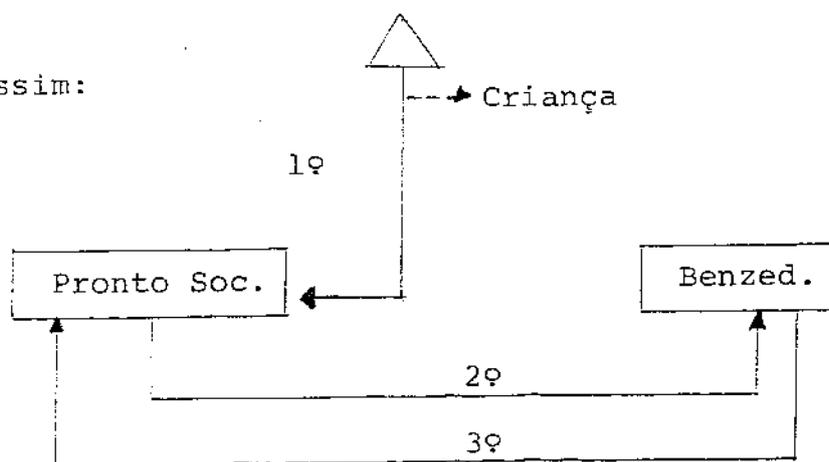
Neste primeiro percurso confirma-se o que foi dito no início: "experiências positivas com o benzimento determinam a sua procura".

Por outro lado, as opções não são excludentes, ou seja, enquanto o problema de saúde não for solucionado, todas as opções são válidas, isto no caso de não ocorrer situações de emergência. O recurso à benzedeira é utilizado paralelamente à agência de saúde oficial.

Um percurso que ocorre com mais frequência entre as entrevistadas é aquele em que a mãe leva a criança ao Posto de Saúde do bairro para ser atendida pelo médico, uma das explicações dadas para compreender esta conduta é que, a mãe ao fazer essa opção, quer com isso confirmar o seu próprio diagnóstico, trata-se de "doença de médico". Mesmo assim, como se quisesse reforçar a cura ou apressá-la, ela leva a criança à benzedeira enquanto aguarda a vez de ser atendida. Tal afirmação pode ser esquematizada da seguinte forma:



ou assim:



Este segundo esquema difere do anterior apenas quanto a última linha do percurso. Em ambos, o médico constitui a primeira opção da mãe que, em seguida, vai até a casa da benzedeira no mesmo bairro. A diferença entre um esquema e outro, reside na "obrigatoriedade" de retornar ao Posto (quando a 3.^a linha não é pontilhada) pois é o dia de consulta mensal da criança. Neste caso a criança pode ou não apresentar nenhum sintoma sério de doença mas, a mãe, para manter a inscrição no Posto deve comparecer mensalmente.

Quando a 3.^a linha permanece pontilhada a mãe não tem a obrigação de retornar ao Posto, após a ida à benzedeira, ou porque se sentiu satisfeita com o benzimento e acha que a criança pode melhorar, ou, então, ela retornará ao Posto apenas para combinar os dois tratamentos.

Tal procedimento da mãe sugere algumas dúvidas:

A benzedeira é utilizada para resolver os mesmos problemas que o médico?

A benzedeira é utilizada para complementar o tratamento do médico?

Que fatores implicam na escolha do médico e da benzedeira?

Escolher a benzedeira ou o curador implica em acreditar na eficácia de sua técnica e nos cuidados empregados para o tratamento da doença. Mas, ali no bairro, essa escolha significa também a não-rejeição da medicina oficial. A procura de 'especialistas informais' não exclui o recurso médico e nem a medicina praticada por esse último é considerada em oposição àquela praticada por curadores.

A esse respeito, Boltanski aporta exemplos com o caso das práticas maternas das classes baixas e média baixa francesa. Para o autor, as difusões das regras de puericultura, assim como o tratamento adequado para cada doença, variam de acordo com a distância social que separa o receptor (o doente) do emissor (o médico). A isto se deve o sucesso da medicina popular e de seus agentes entre os membros de sua própria classe social.(')

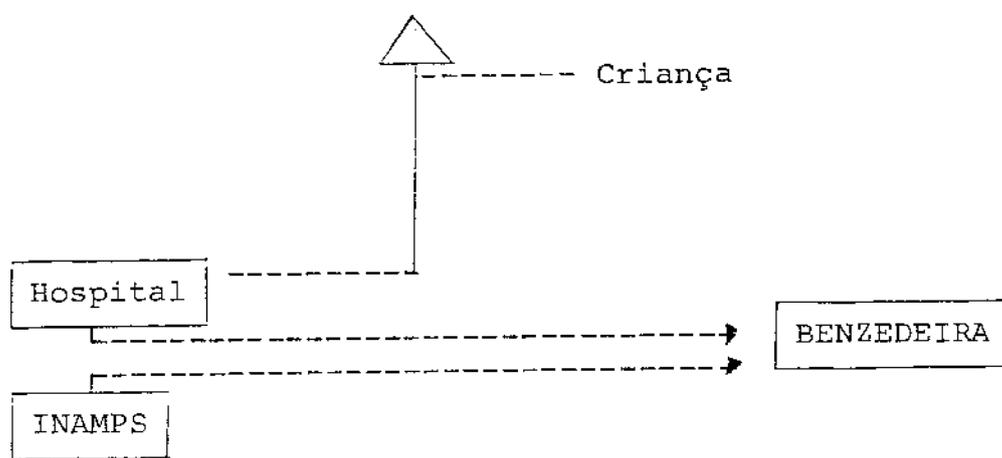
A partir do momento em que a mãe resolve procurar o médico, ela reconhece, entre outras coisas, ele detém o conhecimento científico cujo valor não pode ser negado. Às vezes, o que pode estar em jogo é a maneira pela qual o médico transmite, durante a explicação da origem do mal, esse conhecimento à mãe, que pouco entende de seu discurso.

Muitas vezes a benzedeira pode atuar como reforço no tratamento determinado pelo médico ou, então, atuar na confirmação do

(') Boltanski, L. Puericultura y Moral de Classe ed. ... 1969 p. 147.

diagnóstico. O tipo de tratamento sugerido tanto pelo médico quanto pela benzedeira, assume uma importância considerável para a mãe que necessita de respostas imediatas para aquele problema de saúde, já que ela não costuma adotar nenhum tipo de conduta preventiva.

A exposição do terceiro percurso tem a finalidade de complementar o que foi comentado nos percursos anteriores. A variação na primeira escolha (Hospital, Pronto Socorro, Posto de emergência do INAMPS) sempre se deve ao fato da mãe não contar com os recursos necessários no próprio bairro, além da benzedeira. Essas situações só foram anotadas em casos de emergência ou, nos fins de semana quando o Posto de Saúde do bairro permanecia fechado.



Aqui ficou claramente definido que a ida à benzedeira se constitui numa necessidade de reforço ao tratamento indicado pela agência anterior, para um mesmo problema de saúde. A diferença deste para os outros percursos, está em que, nos anteriores, a agência popular foi procurada para o tratamento de problemas diferentes.

É o que se pode verificar através deste depoimento, recolhido na casa da benzedeira:

"... A mais nova ficou ruim no fim de semana. Como não tinha Posto levei pro Coração de Jesus (Pronto Socorro do Hospital). Lá atende emergência. Aí o médico receitou Tilenol em gotas e Rinossoro. Ela tinha vômito, febre, dor de cabeça e dor no corpo".

Nesse momento a benzedeira perguntou porque a mãe não trouxe a criança direto para ela, ao que a mãe respondeu:

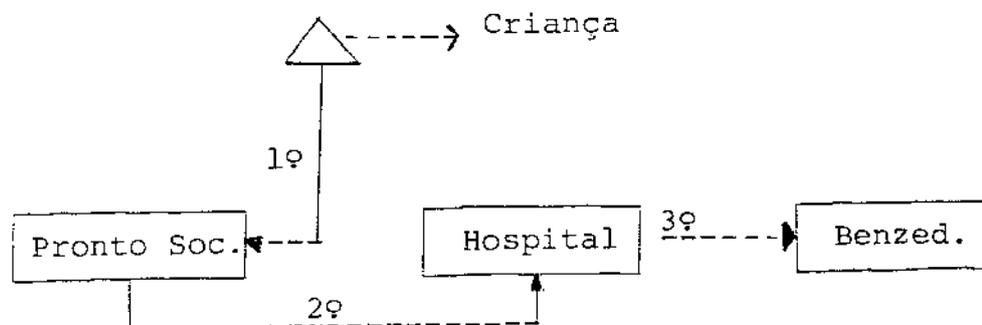
"... eu pensei nisso mas na hora eu estava muito nervosa e por isso levei primeiro no Hospital. Agora que ela melhorou, ia passando, acabei de pegar as meninas na creche e tou indo pra casa. Aproveitei a ocasião pra trazer pra benzer".

Quanto a mãe, pareceu ter ficado satisfeita com o resultado da visita. Logo após o benzimento, conversou animadamente com a benzedeira contando sobre o seu trabalho de doméstica, do seu relacionamento com a patroa, falou do marido e, antes de ir embora, espontaneamente explicou que:

"Essa menina está sempre doente, não é a primeira vez que faço isso. Gosto muito da dna. Lúcia, sempre que posso paro aqui para prosear".

Assim, pode-se perceber que a intenção da mãe era, além de benzer a criança, conversar com a benzedeira, pois a via como uma mulher igual, capaz de ouvi-la, compreendê-la e aconselhá-la.

Variando apenas a primeira alternativa, mas utilizando também as agências populares, as mães continuam reforçando, com a sua presença, o valor do benzimento, tanto nas entrevistas realizadas na casa da benzedeira, quanto naquelas com as mães no Posto de Saúde. O novo percurso encontrado foi:



Neste caso, a mãe procurou primeiramente o Posto de Saúde porque a doença se agravou próximo ao dia de visita àquela agência oficial. Esta é uma das situações em que o Hospital faz parte da opção obrigatória dentro de determinado percurso, o que vem comprovar a debilidade orgânica da criança desde o nascimento, e constatar que o Posto pode apenas orientar a mãe quanto aos cuidados especiais que devem ser dispensados à criança. Durante as entrevistas, pôde-se observar que o número de crianças que precisavam recorrer ao Hospital aumentava nas épocas mais frias do ano, quando há mais casos de gripe, inflamações nas vias respiratórias, pneumonia, bronquite e outras.

Geralmente, o médico do Posto seguia ou acompanhava a criança e ao observar uma recaída encaminhava-a diretamente ao Hospital. Por isso, há que se considerar o Hospital como outra agência alternativa que recebe a criança para o tratamento de casos complicados e difíceis.

Utilizar este recurso significa reconhecer a limitação do Posto de Saúde do bairro que, se responsabiliza em atender apenas casos simples previstos pela 'Atenção Primária'. (Ver definição no Capítulo III).

- Como a Benzedeira acaba participando desse percurso?

Aconteceram casos em que as mães, ainda com a criança no

Hospital, procuravam a benzedeira para ajudar ou apressar a cura.(')
 Às vezes, a benzedeira não podia ir até o Hospital e a mãe levava uma peça de roupa da criança para ser benzida. Uma mãe que aguardava a consulta no Posto e temia pela necessidade de recorrer ao Hospital, declarou:

"... Quando meu filho tá doente, quase sempre vai internado porque assim ganha o remédio da Prefeitura. Dura bom uns dois meses, depois volta tudo. Aqui no Posto nunca dá certo de trazer ele porque tá sempre fechado. Ele (o menino) veio uma vez aqui e mandaram internar porque tava ruim. Agora, hoje, acho que vão mandar de novo pro Hospital".

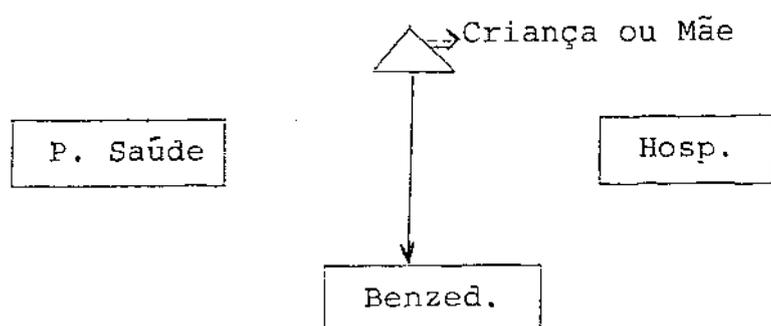
Embora a benzedeira tenha indicado o Hospital anteriormente, a mãe estava ali no Posto em busca do remédio gratuito (... e ele ganha remédio da Prefeitura). Suas palavras servem para mostrar que a benzedeira estava certa, pois indicou o Hospital para o caso daquela criança.

"... ela (a benzedeira) trata as crianças desde pequena; descobre tudo que a criança tem, benze, dá conselho, cura gente grande com simpatia, trabalha com umbanda. Ela tem uns guias que fala qual o remédio é bom prá tomar, fala até o nome do remédio". (o nome da especialidade, grifo meu).('')

(') Observa-se que aqui o quadro da doença é mais grave do que aqueles apontados nos percursos anteriores quando, o Hospital foi usado apenas na falta do Posto de Saúde do bairro ou em situações de emergência.

('') Na Vila Rica não se encontrou uma mãe que fizesse o percurso Benz. --> Hosp., ou seja: a mãe procura, em primeiro lugar, a benzedeira e, não dando certo ou a criança piorando, vai direto ao Hospital. Como veremos logo em seguida, a mãe sabe distinguir quando a doença é de médico e quando é doença de benzedeira.

E finalmente, foi encontrado um percurso feito por todas as mães entrevistadas em ambas as situações de pesquisa (Posto de Saúde e Benzedeiros) e confirmado pela Benzedeira. Este pode ser assim esquematizado:



A Benzedeira é a primeira alternativa da mãe com o filho pequeno que, quase nunca recorre ao médico. Ela utiliza, no caso de doença, a benzedeira que receita remédios de farmácia, os chás caseiros e as simpatias. Nessa ocasião a mãe também quis falar sobre sua conduta em caso de doença própria:

"... Eu quase nunca fico doente, nunca tive problema grave, se é uma gripe ou dor no corpo, fico em casa mesmo ou vou na benzedeira pedir um chá". (')

A necessidade de separar os domínios de cada especialista, parte da própria benzedeira. Interessante notar que todas as benzedeiros, com exceção de uma delas, frequentavam o médico do Posto ou de INAMPS quando previdenciárias.

(') Também foi encontrado outra variável do percurso acima no qual, a primeira alternativa é a Farmácia e depois a Benzedeira:

F -----> Benz.

Mas, a mãe também sabe dizer que doença pode ser curada pela benzedeira e quais são aquelas que necessitam do médico.

Como foi visto anteriormente, tanto a benzedeira quanto o pastor definem a doença a partir dos sintomas apresentados pelo paciente que devem estar catalogados dentro do que se costuma chamar de "doença material" e "doença espiritual". (a esse respeito ver Cap. IV)

Assim, sintomas como: dores de ouvido, diarréias simples, hérnia de umbigo, insônia, inapetência, soluço, constipação intestinal, regurgitação e outros não citados, estão no âmbito de cura das benzedeadas. Estes, diferem dos sintomas apontados como de competência da agência oficial porque, a criança não apresenta um quadro infeccioso grave. Em geral, as mães procuram o médico do Posto para tratar de: diarréia com vomito, tosse com chiado no peito, traumatismo craneano (provocados por batidas ou tombos, ocasião em que é imediatamente encaminhado ao Pronto Socorro para o Raio X), púrpura (manchas roxas pelo corpo não traumática), inchaço no corpo, sangue na urina, hemorragia nasal, falta de ar. Estes foram alguns sintomas que puderam ser constatados pelas entrevistas e observações no Posto de Saúde.

A esse respeito é importante conhecer como outros autores classificam as doenças aqui apontadas como "materiais" e "espirituais". Por exemplo, para Raymundo Maués, a correspondência seria : 'doenças naturais' e doenças não-naturais'. Registradas em uma comunidade de pescadores do Norte do estado do Pará, as primeiras são de ordem natural ou normal, "tratadas pela Medicina e mandadas por Deus, ou permitida por Ele". As doenças não-naturais, têm causas a-

normais porque seu tratamento não pode ser feito pela "medicina" pois é ineficaz.(')

Retomando a classificação da doença feita pela benzedeira, nada mais elucidador verificar, através de sua fala, a conduta pessoal quando acometida pela "doença material".

"... Ah! O mal que eu tenho nenhum curador pode resolver, ninguém consegue, só mesmo o médico. A gente, se quiser pode usar as duas coisas, o médico e a benzedeira. São que pro meu problema não existe nenhum benzedor bom, nenhum curador bom. O meu problema de doença só o médico resolve; o guia espiritual pode dizer qual é o melhor remédio".

(Benz. letra D- V.Rica)

Quanto a conduta materna no caso de doença na família, será abordada no decorrer do capítulo a partir de sua própria definição de doenças.

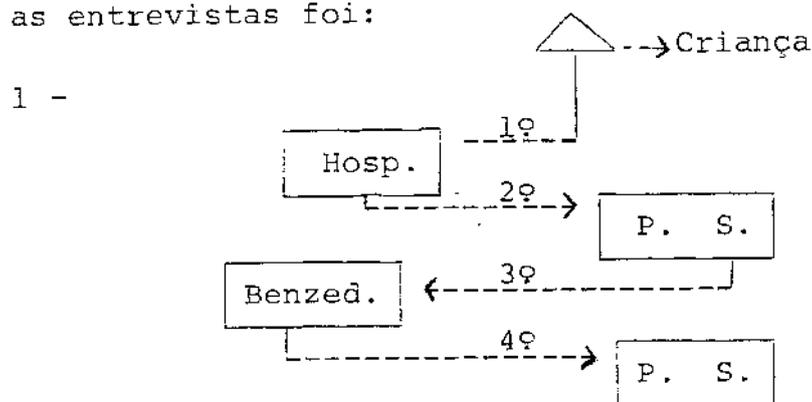
(') Mauês, R.H. - A Ilha Encantada, dissertação de Mestrado UFB, 1977 mimeo. O autor que, está interessado em observar os critérios apontados pela população para diagnosticar a doença e não para classificá-las, detém sua análise apenas naquelas doenças que ele chama de "não-naturais" resultantes de sentimentos negativos de certas pessoas para com outras. Para tanto, faz uma revisão da bibliografia americana sobre o assunto lembrando entre outros, os trabalhos escritos por Frake (1961) junto aos Subanun que, se preocupou em analisar os critérios utilizados no estabelecimento do diagnóstico reconhecendo aqueles que chamou de: patogênicos, prodrômicos, etiológicos, elementares e complexos. Outro trabalho apontado por Mauês é o de Glick (1967) entre os Gime que analisa as idéias das pessoas a respeito da causa das doenças pois, através delas (das idéias) pode se chegar ao diagnóstico. O autor em questão, reve a análise e acrescenta algo novo que é ver o diagnóstico como um processo-de-tomada de decisão (decision-making) que visa eliminar as causas das doenças.

5.3. O Exame Clínico

Nos percursos que se seguem, embora a benzedeira apareça como uma das opções, o que deve ser destacado é a importância dada pela mãe ao exame clínico que o médico realiza na criança e a solicitação de exames de sangue, fezes ou urina. Tal afirmação pode ser comprovada pelo depoimento obtido com as mães:

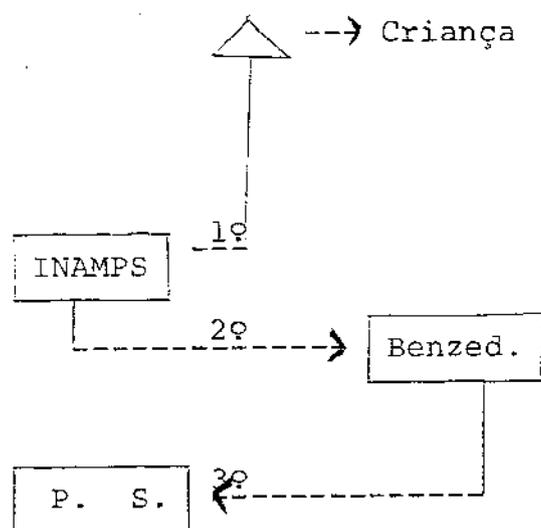
"... o médico faz o exame no doente e pede um exame de sangue ou urina. É onde ele fica sabendo que doença é ..."(¹)

O percurso típico de pedidos de exames, anotados durante as entrevistas foi:



(¹) Tal questão será complementada mais adiante no item "As qualidades do médico", tendo sido abordada aqui apenas para facilitar a compreensão dos percursos de saúde que necessitam de associações com outras agências de saúde, que não aquelas assinaladas nos esquemas, como por exemplo, os Laboratórios de Análises Clínicas.

2 -

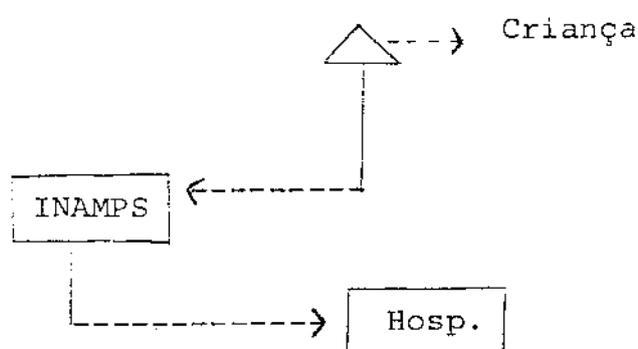


Esses dois percursos devem ser ressaltados porque a solicitação dos exames implica no deslocamento da mãe com a criança ao laboratório conveniado pois, estes exames não podem ser feitos nem pelo Posto e nem pelo Hospital Infantil.

No primeiro esquema, a mãe leva a criança para o Pronto Socorro do Hospital Infantil nas eventualidades relatadas. Ali é a primeira instância a lhe solicitar exames. No dia do Programa mensal de Crianças a mãe leva seu filho no Posto de Saúde do bairro, que também lhe solicita exames. Quase sempre cabe à mãe levar o material para ser examinado no Laboratório de Análises. Enquanto aguarda o resultado, que pode demorar alguns dias, ela procura a benzedeira e, depois, retorna ao Posto com os resultados do exame. Eventualmente, ela pode levar os resultados também ao Hospital para confirmar o diagnóstico.

No segundo esquema a primeira alternativa é substituída pelo INAMPS. A visita à benzedeira é feita da mesma forma que no esquema anterior, enquanto aguarda o resultado dos exames solicitados. Utiliza também o Posto de Saúde porque coincide com o dia do Programa de Crianças. A semelhança entre os dois reside em utilizar o mesmo raciocínio em busca da cura, no qual está presente o uso da agência popular como intermediária nesse processo.

Hã também uma conduta geral quando se trata de "doença grave" (aquelas que o Posto de Saúde não pode tratar devido à própria limitação de seus serviços). Neste caso a mãe recorre ao especialista, que pode ser no INAMPS ou no Hospital-Escola (encaminhado pelo médico do Posto de Saúde às agências conveniadas). Confirmado o quadro de doença grave, o médico solicita internamento em Hospital Infantil. Exemplificando:

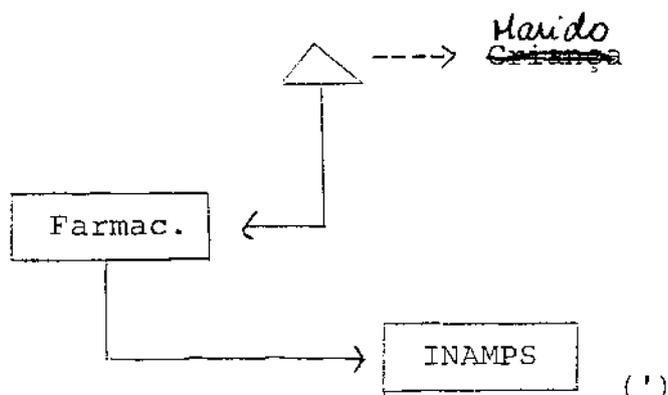


5.3.1. O marido doente

Após comentar os percursos possíveis criados pela mãe, é preciso ressaltar a conduta do chefe de família que tem um comportamento peculiar frente a seus problemas de saúde. Embora tenha sido difícil encontrar, no decorrer das entrevistas, mulheres que tivessem muito o que dizer sobre a saúde de seus maridos. O procedimento mais comum adotado por eles em caso de doença era, segundo um depoimento:

"Não me lembro de ter visto meu marido doente. Eu sei que ele nunca vai ao médico, ele se cura em casa. Quando não dá prá aguentar, ele vai na farmácia, toma os remédios, e depois minha mãe benze. Ele só vai no médico para pegar atestado. (Mulher de operário - 18 anos).

Exemplificando:



Para o homem - marido no caso -, "doença grave é aquela que o impede de continuar trabalhando". Pode ser uma simples virose, que apresenta um quadro febril, indisposição e cansaço. Para a criança, o estado febril indisposição, são sintomas que a mãe atribui a uma "doença comum".

Os critérios que definem a gravidade de uma doença, variam na criança e no adulto, o mesmo ocorrendo no homem e na mulher. Eles são relativos porque estão ligados às estratégias de sobrevivência pessoal. No caso do marido, o estado gripal pode impedi-lo de trabalhar - doença grave - enquanto que na criança esses sintomas não chegam a se constituir em um problema, pode ser uma "doença comum".

Sobre a manifestação da doença nos segmentos populares, Boltanski lembra que:

"... estes não prestam voluntariamente atenção a seu corpo, que o usam principalmente como um ins-

(') Em algumas entrevistas o recurso ao médico foi utilizado apenas para se obter atestado com o fim de abonar as faltas ao trabalho. Em geral, é o INAMPS ou o Posto de Saúde do Estado que possui o formulário próprio para o homem apresentar no seu local de trabalho.

trumento e que lhe pedem antes de mais nada que funcione, em resumo, que subordine a utilização do corpo às funções sociais dessa utilização, a doença se manifestará brutalmente porque se recusaram a percebê-los; a doença será vista o mais das vezes como um acidente imprevisível e súbito..."(')

A percepção da doença é uma variável importante na teoria de Boltanski, ele estende sua explicação à todas as classes sociais, visto que essa percepção é apreendida diferentemente entre as classes. Para os indivíduos das classes superiores, a pouca utilização da força física, dispendida na produção dos meios de subsistência, faz com que esses indivíduos prestem,consequentemente, maior atenção aos sinais do corpo. A doença é vista como um processo gradual, mais facilmente identificada e sanada através de medidas preventivas.

Ao contrário, dada a intensa utilização do corpo nas classes populares, a doença vai se manifestar inesperadamente e, as práticas preventivas serão pouco adotadas. A doença então significa impossibilidade de trabalhar e requer medidas rápidas e eficazes para restabelecer a normalidade.(')

(') Boltanski, L. opus cit., pg. 163.

('') Estudando a teoria de Boltanski, Hésio Cordeiro afirma que a percepção da doença não depende das relações imediatas e mecânicas do uso social do corpo. Há que se considerar outras variáveis, dadas a partir da relação entre as classes e a medicina. De acordo com esse pensamento, a classe que detém a produção do saber científico é responsável pela difusão e inculcação de "formas de percepção das sensações corporais, da definição da doença e da adoção da prática de consumo de atos médicos". Cordeiro, H. A indústria de saúde no Brasil 1980, ed. Graal, Rio de Janeiro.

5.4. As Condutas Maternas para definir as escolhas

Como já foi dito, pelos percursos nota-se que, invariavelmente, é a mulher, mãe de família, que se responsabiliza pela saúde do grupo doméstico. Contando com todas as agências de saúde apontadas nos percursos, cabe a ela a decisão exclusiva sobre a quem recorrer em caso de doença. Para que a decisão seja a mais acertada, a mãe trabalha com variáveis de sintomas que facilitam a classificação do mal.

Desta forma, visando identificar o que determina a escolha, norteou-se as entrevistas por duas questões abrangentes:

- Como é a família do ponto de vista da saúde?
- Como se faz para resolver os problemas de saúde na família?(')

As perguntas feitas foram baseadas em três temas: o percurso, os remédios e as doenças infantis.

Ao se falar em doenças e em condutas com relação à criança doente, observou-se uma dificuldade por parte das mães, em se expressar sobre doença, de uma maneira geral. O pensamento flui melhor e as explicações ficam mais claras quando se cataloga as doenças em um crescente que vai de "comum" - cujo tratamento pode ser combinado e a resposta esperada não necessita ser rápida, imediata - a "graves" - aquelas que necessitam de uma resposta externa, imediata.

Portanto, as mães se sentiam mais à vontade, quando a pergunta se colocava nestes termos:

(') Ver anexo I - Roteiro das entrevistas.

- O que a senhora faz quando seu filho tem uma 'doença co-
mum'? e ainda:

- O que é uma doença comum? Qual é a sua conduta nesse
caso?

O que se segue é um enunciado de sintomas que vão defi-
nir os dois tipos de doença para, logo em seguida, justificar a pro-
cura:

*"... Quando meu filho está doente, com febre, vô-
mito, diarréia, eu levo no médico. Na benzedeira eu
levo quando ele chora muito, está chato e não quer
comer ..."(mulher de operário, 18 anos).*

ou ainda:

*"... levo o menino no médico sô prá fazer exame. E
le (o menino) operou a garganta com 3 anos. Logo
que nasceu a benzedeira mandou operar. Teve mal de
Simioto com 3 meses e depois teve infecção de in-
testino. A benzedeira receitou três injeções e
mandou dar leite de peito, creme de arroz e banho
de cipõ de São João. A benzedeira, vale mais que
o médico".*

Outras mães lembram que:

*"... outro dia minha filha estava muito irritada e
sem febre, levei no INPS e não adiantou de nada. A
gora vou levar na benzedeira porque faz tempo que
não vou lá. Eu já levei no médico mesmo, né?*

ou então:

*"... levei na benzedeira porque estava enjoada. Per-
to de casa tem uma mulher que benze, foi a vizi-
nha que me falou.*

Hã mães que se sentem inseguras quanto à conduta a seguir quando não aparecem alguns sintomas descritos acima. Entretanto, ela está convencida de que a "benzedeira é para casos pequenos" e ilustra essa afirmação descrevendo sua prática:

"... hoje minha filha está sem febre, mas está irritada. Em primeiro lugar, deixo em observação, enquanto não aparece a febre eu não me preocupo. Se não melhorar levo ao médico de manhã e, a tarde levo prá benzer.

Uma mãe de cinco filhos é quem diz:

"... Benzedeira serve prá tudo, dá conselho, cura adulto com simpatia, trabalha com umbanda e os guias indica o remédio de farmácia. Eu sempre levo na benzedeira ou a roupa ou a criança. Minha filha do meio não gosta de benzer, é muito nervosa e não gosta de benzer então, eu levo a roupa".

Essas afirmações apontam para a confirmação de uma das hipóteses iniciais do trabalho, que afirma "a existência de critérios previamente definidos para se proceder à escolha das agências de saúde".

Um desses critérios seria a definição prévia, feita pela mãe, de "doença grave" e "doença comum". Os componentes da definição são dados por alguns sintomas familiares, facilmente identificados, tais como: diarréia, falta de apetite, e o choro da criança e outros já registrados anteriormente.

Às vezes, a fala da mãe denota uma certa insegurança quanto à conduta a ser seguida. Esta se deve, num primeiro momento, à falta de experiência da mãe ou do desconhecimento das agências de cura com as quais ela pode contar. Caso contrário, a margem de erro da escolha já está previamente delimitada pelas próprias agências de cura, pois a mãe sabe que a benzedeira é para casos simples, comuns,

e o médico ou o especialista médico é para doenças graves. Desta forma a mãe pode garantir a solução do problema quando trabalha com várias alternativas e conhece os sintomas de algumas doenças.

Na construção do discurso sobre a doença, a mãe vai utilizar categorias simples e gerais, o que dá margem a várias interpretações, quando se trata de definir, para uma pessoa estranha ao meio, o que é a "doença comum".

De modo geral, a crença de que a benzedeira cura "doenças comuns", "doença de criança" deve-se ao fato de que na Vila Rica, o espaço entre as duas medicinas (popular e oficial) está bem delimitado. Encontra-se aí a convivência pacífica de ambas, chegando a exercer papéis complementares. Do ponto de vista do "cliente", essas duas medicinas parecem mesmo ser complementares. Da parte da Medicina Popular, seus representantes gozam de certa autonomia pois, eles próprios traçam para si a fronteira que delimita seu espaço de atuação.

Parece existir um tal nível de consciência entre mãe e benzedeiros, a ponto de não haver a invasão dos espaços referentes à cada profissional. Em outras palavras, tanto a mãe como a benzedeira sabem das doenças que esta última pode curar, e isto é suficiente para definir que o restante pertence à área do médico e de seu saber.

O depoimento da Benzedeira A, é muito claro neste sentido:

"... o meu problema de doença é só o médico que resolve ... Assim também o médico não cura certas doenças, só a benzedeira. É como as doenças de crianças, o Mal de Simioto, e o médico sabe disso, muitos deles indica uma benzedeira..."

Ou ainda conforme a "definição de doença" da Benzedeira

L:

"... Existe dois tipos de doença: "doença espiritual", que é nervoso, encosto, mau olhado, é tudo que o médico não resolve. O Alcoolismo quando não é doença a benzedeira resolve. A "doença material" é, por exemplo, a inflamação que só pode ser curada pelo médico ou com antibiótico. A pessoa que está doente vem aqui para benzer. Eu benzo três vezes, se não resolve a gente indica o médico. No caso da "doença material" a gente benze e dá orientação".

Ou como disse o Pastor perguntado pela realização de cura em sua Igreja:

"... A cura é uma das propostas da Igreja, serve como chamariz... a "doença material" só quem cura é o médico, em quem eu confio e acredito. Agora, a "doença espiritual" é o que a Igreja cura... as pessoas enquanto está viva deve procurar curar o espírito". (1)

E o médico, que também tem conhecimento de sua área de atuação, chega a reconhecer até onde pode atuar com segurança e obter sucesso, são suas palavras:

"Encaminho uma pessoa para a benzedeira, quer dizer, reforço essa opção, quando ela já está pro-

(1) Outra definição por oposição são encontradas nos estudos sobre a Medicina Popular com referência ao tipo de doença que a Medicina Oficial dá conta, estas são Doença de Rico e Doença de Pobre; Doença de Médico e Doença de Curandeiro; Doença de Mulher e Doença de Homem; Doença Natural e Doença Não Natural; Doença Natural e Doença Brava. É a partir dessas definições que se chega ao especialista e ao tipo de tratamento.

pensa a ir, se acho que aquilo é importante para ela e pôde ajudar a resolver o processo de cura, aí eu reforço mas, sô depois que está detectado que ela é favorável à idéia".

Fato é que a doença provoca uma situação de intranquilidade e medo que incita o indivíduo a se questionar sobre a maneira correta de agir para recuperar seu estado de normalidade. Ao que o médico acrescenta:

"... usar a benzedeira, o médico ou outro recurso significa tentar tudo que estiver à mão sem questionar nada, nem a benzedeira, nem o médico, tentar o que pôde, o que conhece. Não é um comportamento contraditório..."

O doente procura o especialista e usa de todos os meios para encontrar a solução do problema porque, não conhece o seu mal. E, a função do médico ou do curandeiro é identificar a origem do mal, quer seja, através do diagnóstico ou da adivinhação, uma vez conhecido tentará dominá-lo através da receita ou de outros recursos.

Mas, não é apenas o reconhecimento dos sintomas das doenças para sua posterior classificação quanto ao tipo de especialista competente que, interfere nas escolhas das agências de saúde. Outros fatores também vão contribuir para definir a opção que a mãe deve fazer em busca de cura.

5.4.1. A Distância Geográfica(¹)

A distância geográfica entre o local de moradia e a agência de saúde, constitui-se como um dos critérios importantes para se definir a escolha e o tipo de tratamento a ser adotado.

Em se tratando de uma população de poucos recursos econômicos, deve-se considerar, numa situação de doença, os gastos feitos com o tratamento e, entre outros, o da locomoção. A falta de dinheiro e a presença da benzedeira perto do local de moradia, facilitam a opção à esta em detrimento do médico, no caso de "doença comum", muito embora, não se cobre nada no Posto de Saúde.

Os horários fixos de atendimento, a espera para consultas, a necessidade do cartão numerado para poder ser consultado, no Posto de Saúde favorecem a opção pela benzedeira, no caso de "doença comum" ou, então, para um mesmo problema de saúde.

(¹) Esse item foi construído a partir dos resultados das entrevistas, onde sempre apareceu o problema da falta de dinheiro para se efetuar um tratamento, associado à ida à benzedeira. A princípio, parecia se tratar de duas coisas diferentes: a falta de dinheiro e a ida à benzedeira mas, existe entre os dois uma certa complementariedade. É a falta de dinheiro, para se locomover até o médico ou para fazer um tratamento por ele requisitado e mais, a presença da benzedeira perto da casa e a não obrigatoriedade do pagamento pelo seu serviço, o que transforma o fator distância geográfica num dos critérios essenciais para se empreender a escolha do especialista e do tratamento recomendado.

Isto posto, está se considerando a busca da cura para o mesmo tipo de problemas onde se coloca, duas alternativas: Médico ou Benzedeira, ambas capazes de solucioná-lo.

Não foi encontrado nenhuma referência bibliográfica a respeito do assunto específico. Por isso, para sua confecção foi utilizado apenas os depoimentos da mãe, da benzedeira e as entrevistas com médicos e atendentes.

Também, o tratamento indicado pelo médico sempre vai implicar em despesas extras para o grupo doméstico, enquanto que, se a mãe vai à benzedeira ela não terá que dispendir nenhum dinheiro, nem mesmo para a compra de remédios indicados por ela que, em geral são feitos em casa com a mistura de ervas para chás e emplastros. É sabido que as benzedeadas tem como regra principal o não pagamento pelos serviços prestados. É comum ouvir, tanto das benzedeadas como de suas clientes, que:

"... o bom benzimento, a benzedeadada de verdade não cobra serviço. Um quilo de café ou açúcar paga o benzimento".

E, as palavras da mãe confirmam:

"... não tinha dinheiro pra comprar o remédio ontem mesmo. Resultado, o menino botou um pouco de sangue... acho que o moleque tem algum problema... vive caído... vou levar ele pra benzer na benzedeadada da esquina de casa, acho que é o único jeito".

Em outra situação de pesquisa, onde o médico do Posto perguntava à mãe sobre os resultados dos exames solicitados, de fezes e sangue, para dar início à medicação, a mãe lhe respondeu:

"... não fiz o de sangue porque era muito longe e não tinha dinheiro para condução. Eu não ia tomar dois ônibus carregando a menina com o nene no colo. Agora, o exame de fezes eu levei a latinha e fui apanhar o resultado ontem".

Por esse depoimento, nota-se que o tratamento médico não poderá ser completado pela dificuldade de locomoção da mãe. Isto porque, o resultado do exame de fezes não foi suficiente para o médico proceder ao diagnóstico final. A mãe ignorando as explicações do médico, pede a este que receite algo para a menina, mesmo antes do re-

sultado do exame de sangue:

"... Doutor, será que o senhor não pode passar um remédio se voltar a diarreia? Eu moro longe e às vezes venho no Posto pra menina ser consultada e não tem médico pra atender".

O médico, após constatar que o exame de fezes deu NORMAL, diz então à mãe que a criança não irá precisar de nenhum remédio, somente após o resultado do exame de sangue é que ele poderá receitar alguma coisa.

Como foi visto anteriormente nos percursos, a mãe conta com outra alternativa, caso deseja ser tratada pela Medicina Oficial, além do Posto de Saúde do bairro.

Faz parte de sua escolha o médico do INAMPS, do Hospital-Escola, Hospital Infantil, todos situados a alguns quilômetros de distância da Vila Rica, tendo ela que, necessariamente, utilizar os ônibus de transporte urbanos. É daí então que ela vai pesar as dificuldades para iniciar qualquer tratamento médico fora de seu bairro, porisso, na maioria das vezes, sua opção recai no médico do Posto de Saúde.

Portanto, a distância geográfica é um fator importante e decisório na escolha do médico, o que não ocorre com as benzedadeiras do bairro quando, se trata de escolher entre elas mesmas e suas especialidades.

5.4.2. As qualidades do médico

Ao tentar demonstrar que as qualidades do médico também influem na opção da mãe quando está buscando soluções para resolver os problemas de saúde, é importante ressaltar o fato desse profissional solicitar exames para o encaminhamento do diagnóstico, o que vai se constituir em uma de suas características e em um de seus valores. Analisa-se o depoimento seguinte:

"... O médico faz o exame no doente e pede um exame de sangue ou urina. É onde ele fica sabendo que doença é. A benzedeira não faz exames, às vezes ela apalpa a barriga, mas sempre ela reza e receita chá de ervas. Por isso eu procuro, em primeiro lugar, o médico e em segundo lugar, a benzedeira para confirmar a cura. Para tratar crianças tem que pedir exames e quem pede exames é o médico..."

Esta mãe, que aprendeu noções de puericultura em um curso de três anos, e praticou no berçário do Hospital, afirma que não faz tudo que a benzedeira manda. Só faz quando ela conhece o que foi indicado e sabe para que serve o remédio ou o chá. Mas, no caso em questão, o médico lhe é mais familiar pois, ela trabalha diariamente em um Hospital. A mãe sabe que servem os exames que o médico solicita e para ela é importante o exame físico e clínico.

Já neste primeiro depoimento, tem-se a confirmação de que uma das qualidades do médico é o tipo de exame que ele faz no doente. Além de ouvir a queixa e confirmá-la com sua técnica utilizando os aparelhos apropriados (termômetro, otoscópio, estetoscópio, etc.), ele ainda solicita exames clínicos de laboratório (sangue, fezes, urina).

Mas, as palavras dessa mãe podem ser complementadas com o comportamento daquelas que mantêm com o médico uma relação domina-

da pela ansiedade e insegurança que, transparece quando ela tem que expor ao médico o processo de doença. Isto, se deve ao fato dessas mães não terem nenhum critério objetivo para apreciar as qualidades do médico, fato que as tornam-nas hesitantes na avaliação do comportamento do mesmo. É como se a ele fosse atribuído um dom nato:

"... acredito no médico porque ele estudou e lida com a doença, mas para fazer isso ele tem que ter um dom..."

Ou então, com uma idéia pré-concebida definem o trabalho médico de forma geral:

"... O médico serve para "doenças graves" porque ele tem autoridade, ele estudou..."

A timidez da mãe também contribui para marcar a relação médico-paciente e reforçar a distância entre eles. A confirmação dessas palavras estão no comportamento de algumas mães que vão ao Posto de Saúde para procurar em primeiro lugar a auxiliar de Saúde:

"... Elas (as mulheres) tem vergonha do médico por isso procura a gente (auxiliar de saúde) pra contar o que está sentindo. A gente escuta e se precisar mesmo passar no médico ela marca hora e vai".

Muitas vezes, a apreciação do médico e de sua capacidade profissional, é dada pelo tipo de quantidade de remédios que ele administra. Ele vai ser considerado um bom médico se os remédios forem bons, i.é., se surtirem efeitos imediatos.

"... O médico do Posto é bom porque o remédio que ele deu foi bom pra minha filha, sarou logo..."

Embora se esteja falando apenas do médico e suas características, torna-se mais fácil compreender a reação da população, fren

te à Medicina Oficial, quando se compara a prática médica com a das benzedeiiras.

Há quem afirme que a medicina popular, sua sobrevivência e sua utilização, explicam-se como uma manifestação de inconformismo da classe dominada que a utiliza em oposição às práticas médicas científicas.

O médico, como representante da medicina oficial, trabalhando no Posto de Saúde da Vila Rica, não perde sua posição de classe e não consegue se desvencilhar dos traços marcantes de sua educação. Assim, sua linguagem, muitas vezes erudita, é de difícil compreensão para o doente que quer saber do mal que sofre. Este por sua vez, tem poucos recursos frente ao saber do médico, que se traduz como uma prática autoritária. Como resposta, o doente constrói um discurso próprio para explicar sua doença, retirando, daquela sucinta explicação que lhe foi dada, algumas palavras e acrescentando outras novas, até obter uma certa coerência.

Contrariamente à prática acima apontada, para as benzedeiiras, fazendo parte do mesmo universo e compartilhando o mesmo modo de vida daqueles que a procuram, fica mais fácil transmitir a explicação da doença. Sua linguagem é simples e acessível aos membros de sua classe. A diferença entre a benzedeira e o médico, pode ser encontrada apenas ao nível da elaboração das representações da doença.

Quanto aos representantes da medicina popular, Boltanski tem a dizer que,

"Aos olhos dos membros das classes populares, o que confere ao curandeiro o essencial de seu valor, é que, mesmo sendo um especialista qualificado que sabe identificar a doença e a curar, ele não deixa de pertencer às classes populares da qual ele compartilha os modos de vida e de pensamento". (')

(') Boltanski, opus.cit.pg. 71.

Portanto, a benzedeira, talvez melhor do que o médico, é capaz de explicar o mal que a pessoa padece, com uma linguagem imediatamente compreensível, estendendo a consulta além de seu cliente e abrangendo ainda sua família, o relacionamento com vizinhos e parentes, os acontecimentos de trabalho. Age como um analista, uma vez que faz perguntas e ouve pacientemente as queixas daqueles que a procuram. Em geral, as consultas não são feitas com hora marcada e não tem prazo para finalizar o atendimento, o que coloca o cliente mais à vontade para explicar melhor o que sente.

Mesmo assim, o julgamento se processa em a avaliação é feita em função daqueles critérios difusos, usados cotidianamente na apreciação de outrem: a "amabilidade", a "boa vontade", a "complacência". É de fato como sugere Boltanski:

"Se os doentes das classes populares são particularmente sensíveis aos "modos" dos médicos e prontos a reparar em todas as nuances de sua atitude em relação a eles, talvez seja porque tem uma aguda consciência da distância social que o separa do médico". (')

É assim que, morar na Vila, falar a mesma linguagem, ter conhecimento dos problemas do bairro, faz com que as benzedeiros sejam procuradas, ao que o médico acrescenta:

"... isto é muito importante, a benzedeira fala coisas que é tão próximo da vida das pessoas que as pessoas acreditam mesmo. Ela é tão próxima das ideologias, das idéias que as pessoas tem sobre doença..."

Quando perguntado sobre a distância social criada entre o médico e a população, ele se explica transmitindo sua prática de

(')Boltanski, L. opus. cit. pg. 38, 39.

oito anos de trabalho na Vila Rica:

"Não me sinto exatamente da Vila porque, a gente é muito diferente mas, não me sinto distante deles. Eu acho que nunca contaria meus problemas particulares para eles mas, frequentemente contam os problemas deles para mim".

Mas, esta é uma situação especial criada pelo tipo de relacionamento que o médico se propôs a ter com sua clientela. É uma posição unilateral onde o médico tem que se mostrar aberto e receptivo à essas pessoas sem que ele possa se abrir com elas.

Esse procedimento pessoal que, não pode ser estendido a todos os médicos do Posto, é explicado da seguinte forma:

"Várias vezes sou procurada como uma figura que pudesse colocar alguma luz em cima de alguns problemas deles. Acho que isso se deve a uma visão geral de que o médico é um "ser superior", capaz de sugerir alguma coisa que possa ajudá-los..."

Nesta relação, onde o médico detém o poder de decidir e o paciente recebe e se submete a esse poder, evidencia-se uma relação de autoridade. Todas as características do médico reforçam seu papel dominador. À sua linguagem, comumente reconhecida como hermética e incompreensível, acrescenta-se o respeito popular à sua ciência. Há ainda o mistério que envolve o seu raciocínio, que foge à compreensão de um leigo, pois só é entendido por quem detém o conhecimento científico.

Contribuí para a manutenção dessa característica, observáveis no bairro e em outros locais, a dependência do paciente ao médico. Não à sua pessoa mas, a seu saber e a tudo que este representa.

ANEXO 1

1. ENTREVISTA COM A MÃE

mãe - Sandra

idade da criança - 10 meses

(O Acidente)

- Ontem a tarde meu filho levou um tombo, era sãbado e fui para o Pronto Socorro tirar a chapa da cabeça porque, abalou os dentes de cima, ficou tudo mole.

Como não tinha dinheiro para comprar o remédio ontem mesmo, resultado, o menino teve uma hemorragia pequena durante a noite. Eu acho que meu filho tem algum problema porque ele é muito mole e vive caindo. Como eu estou muito nervosa e preocupada, vou levar ele pra benzer no benzedor da esquina de casa, acho que é o único jeito mas, não sei se ele trabalha hoje.

(o benzedor)

- Esse benzedor mora aqui na minha rua, é meu vizinho da frente, eu já levei meu filho lá outra vez e foi muito bom.

Foi uma vez que o menino não dormia bem, nem de dia e nem de noite. Daí o pai levou nesse mesmo homem pela primeira vez e, ele disse que o menino estava com "quebrante" e que o corpo dele estava todo "dolorido" por isso, não conseguia dormir. Aí ele ficou bom. Ele é rezador, ele benze com o rosário.

(sobre o benzedor)

- Esse homem mora na Rua 15, das casas prá baixo da Celma, ele não

diz que é benzedor, poucas pessoas sabem do seu trabalho. Ele é funcionário público, mora com a mulher numa casa que ele mesmo reformou. Ele só é conhecido como o homem que fez uma reforma boa na casa e que, trabalhou muitos anos, daí, numas férias ele chamou os amigos e reconstruiu a frente da casa, onde mora com a mulher e uns gatos.

Observação: Este homem não foi catalogado pela pesquisadora pois, o mesmo não se caracterizava como tal e, nem as pessoas da Vila assim o reconheciam. Ele e a mulher fazem parte do Grupo da Igreja que, em certas datas religiosas fazem a "reza" para conseguir ajuda financeira para a construção da Igreja.

2. ENTREVISTA COM BENZEDEIRA letra E

- "adulto é muito complicado sempre tem problema de encosto".

Dona Joséfa é considerada por todos como a única benzedeira católica de criança. É uma senhora idosa, muito paciente que veio do Norte. Parece não ter problemas sérios de saúde, nunca ouvi se queixar e nem soube que já tivesse frequentado o Posto.

Ela costuma observar um horário de trabalho conhecido por quase todos da Vila. Durante a semana, não adianta bater em sua porta determinada hora do dia porque, ela não atende, está fazendo seu repouso e, qualquer vizinho sabe dizer a hora mais indicada para encontrá-la livre.

Jamais sai de casa, onde o rádio é seu companheiro constante, apenas para ir à missa e eventualmente visitar seus filhos. Através do rá-

dio, ela acompanha toda a programação da Igreja Católica e os horários de reza.

- Quando perguntei sobre a procedência das crianças que ela atende disse:

"Aqui vem muita criança mas, não sei se são todas da Vila Rica, eu nunca pergunto. Elas (as mães) vão no Posto pegar a ficha para consultar mas, sempre demora. Então elas trazem as crianças aqui pra benzer e depois vão embora. Às vezes, volta no Posto e espera a vez do médico consultar, às vezes vai para casa".

(As crianças sempre melhoram?)

- Elas nunca voltam aqui pra dizer se a criança melhorou ou não, por isso eu não sei. Eu falo pra mãe, fulana vem me dizer se a criança melhorou, porque eu não posso saber, fico atrapalhada rezando, pedindo por aquela criança e, às vezes ela já está boa.

- Outro dia, eu consegui salvar uma criança que ia ser operada porque as 'bichas' tavam amarrando os intestinos dela. O médico disse que precisava operar. Aí a mãe veio aqui e eu pedi, rezei 'prás' bichas ir embora. De uma a uma, duas em duas, três em três, quatro em quatro, e foi assim mesmo, a mãe voltou aqui para contar que foi assim mesmo..."

ANEXO II

Perguntas que nortearam as entrevistas com as mães

I - Os Percursos

1. Quando você considera que alguém está doente?
2. Quando alguém da família fica doente quem você procura?
3. Quando você considera que é doença de médico?
4. Além do médico, já procurou outra pessoa para resolver problemas de saúde?
5. Quem? Em que ocasião?
6. Já procurou alguma benzedeira para seus filhos? Quando?
7. Quando você considera que é doença de benzedeira?
8. Já tinha ido ver o médico sobre a mesma doença?
9. A benzedeira resolveu satisfatoriamente seu problema?
10. Porque não procurou o médico antes de retornar à benzedeira?
11. Também usa a benzedeira para problemas de adultos? Porque sim/não?
12. Quem lhe indicou a benzedeira?
13. Que médico você prefere o daqui ou o da cidade?
14. E o farmacêutico? Você costuma procurá-lo?

II - As doenças infantis

1. Como fica sabendo que seu filho está doente?
2. O que é doença comum? O que é doença grave?
3. Quando você considera que a doença é de médico? Que doenças são tratadas por ele?
4. Quem trata doença comum?
5. Quais as doenças que podem ser tratadas sem o médico?
6. Como faz para medicar a criança? Conhece muitos remédios?

7. Como você reconhece na criança os sinais de uma doença? Quais são eles?
8. Qual é o tipo de remédio que mais utiliza?

III - Sobre os remédios

1. Usa muito remédio de farmácia em casa?
2. Comprou-os por receita médica ou por sua conta?
3. (Se comprou sem receita) Como você conhecia o remédio? Quem o indicou? Onde ouviu falar?
4. Costuma comprar remédios indicados pela televisão e rádio?
5. E os remédios caseiros? Costuma usá-los? Quem lhe indicou? Como aprendeu seu preparo? E as ervas você sabe para que servem?

ANEXO III

Entrevista com o médico do Posto de Saúde

O que motiva a procura das benzedadeiras?

- Existem certas diferenças entre as benzedadeiras e o médico, por exemplo morar no bairro, conhecer todos desde a sua criação, e outras coisas mais. Isso é muito importante, a benzedadeira fala coisas que é tão próximo da vida das pessoas que as pessoas acreditam mesmo. Ela é tão próxima das ideologias, das idéias das pessoas sobre a doença...

Então, ela fala por exemplo, que vai tirar uma doença e as pessoas acreditam que doença é coisa que se tira, se tira com a mão. Falam muito para o médico: "tirou a doença com a mão". Quer dizer, o conhecimento médico não admite isso, admite que a doença tem um desenvolvimento sequencial, tem uma fase pré-desenvolvimento enfim, tem um processo, tem uma história natural. E, no conhecimento popular, parece que a doença é uma coisa que de repente se abate na pessoa, alguma coisa que se instalou dentro da pessoa e que vai ser tirado.

- É neste sentido que a medicina preventiva não é valorizada pela maioria da população, por causa da própria definição popular da doença, como a doença aparece. Não existe muito a noção de que a doença pode ser evitada com algumas medidas. Quer dizer, as pessoas até acham que se pode evitar com algumas medidas como: fechar o corpo, usar fitinha da Bahia, amuletos mas, não através de regras que devem ser usadas cotidianamente para manter a saúde: lavar as mãos, cuidados pessoais com a higiene, alimentação.

Admite que chega a encaminhar seus pacientes para a benzedeira?

Encaminhar uma pessoa que nunca colocou essa situação não encaminho. Faço isso quando a pessoa já está propensa a ir. Se acho que aquilo é importante para ela e pode ajudar a resolver o processo de doença, eu reforço, mas sempre depois que está detectado que ela é favorável à idéia.

Qual é a função da benzedeira ali no bairro para aquelas pessoas que a procuram?

- A benzedeira cumpre uma função social que vai além da simples cura do mal, diferente do médico. Admiti sua importância, apesar de nunca ter pensado muito nisso tudo e, acho que as pessoas (o paciente) pouco conversam essas coisas com a gente porque, sabe que o médico não valoriza. Quando chegam a comentar que foi na benzedeira já comenta meio constrangido, não comenta essas coisas à vontade com o médico. Então, a gente acaba ficando sem a possibilidade de ter essa idéia com clareza mas, acredito que exista essa função que é social e, que vai além da simples cura porque, o fator principal nisso tudo é o bom senso dessas mulheres.

- São mulheres com experiência que, dão opiniões bem próximas da realidade. Não tem a ver somente com a experiência mas, com alguma coisa que ela prestou atenção e acumulou conhecimentos mais do que outra pessoa. Mas, por outro lado, essa função social tem o seu lado negativo: é "amarrar" as pessoas ao ponto de fazer as pessoas acreditarem em forças externas, forças superiores, espirituais. Isso tira um pouco das pessoas a capacidade delas entenderem que a resolução da maioria dos problemas está nela mesma ou, nela e mais outras pessoas. Ela não está sujeita a sorte ou azar, ou a um benzimento dar certo ou não.

(A frequência constante à benzedeira leva a formar essa opinião?)

Não, não acho, acho que as pessoas que vão à benzedeira já tem esse ponto de vista, a frequência constante apenas reforça.

À seu ver, frequentar o médico e a benzedeira ao mesmo tempo é contraditório?

- Não, acho que isso significa tentar tudo que tiver a mão, sem questionar nada nem a benzedeira, nem o médico, tentar o que pode, o que conhece. Acho que é a mesma coisa que o universitário que lê horóscopo. Acaba lendo, acaba acreditando um pouco, apesar de achar que é absurdo. Porque, todo mundo que está em "baixo astral" ou situação difícil, procura tudo o que puder.

Como se sente em relação à Vila depois de trabalhar há tanto tempo no Posto de Saúde?

- Não me sinto exatamente da Vila porque, a gente é muito diferente mas, não me sinto distante deles. Eu acho que nunca contaria meus problemas particulares para eles mas, eles frequentemente contam os problemas deles para mim.

Isso é com todo médico que acontece?

- Não é com todo médico que acontece. Veja que há necessidade de você colocar uma postura aberta para essas pessoas, ao mesmo tempo, eu não posso me abrir com essas pessoas. Por exemplo, eu não posso contar do meu relacionamento afetivo para as pessoas isso nunca me passaria pela cabeça. Agora, eles frequentemente contam os casos deles, mesmo nas situações de consulta.

Você é procurado fora do consultório para resolver com eles os problemas do bairro?

- Sim, várias vezes sou procurado como uma figura que pudesse colocar alguma luz em cima de alguns problemas deles.

Isso se deve a que?

- Acho que isso se deve a uma visão geral de que o médico é um ser superior capaz de sugerir alguma coisa que possa ajudá-los. Isso vale para qualquer tipo de problema. Quando me procuram, sabem que sou médico e de outra classe social. Outro dia fui procurado para emprestar dinheiro. Às vezes eu empresto, desde de que seja uma quantia acessível, fácil. Eu não ligo de emprestar e, também se não dá pra pagar não me importo. Mas, eles sempre voltam para pagar. Não é a grande maioria, algumas pessoas, inclusive, são pessoas que eu não frequento a casa deles, só conheço de situações de consulta e que vem e contam qual é o problema. Tenho emprestado, nunca houve pedidos absurdos e, pra gente é pouca coisa, é: 500,00; 1000,00; 2.000,00. Muitas vezes é pra ajudar num enterro.

CAPITULO VI

"A MULHER E A SAÚDE DO GRUPO DOMÉSTICO"

No capítulo anterior a mulher foi vista traçando estratégias de saúde baseadas em sua experiência pessoal, em informações retiradas de sua rede de vizinhança e amizade, além da experiência transmitida por seus familiares (mãe, avós, tias). O resultado dessas informações acumuladas, foi demonstrado com a construção dos percursos possíveis que a mulher realiza em situações de doença.

A afirmação que se segue, retirada de uma das hipóteses do trabalho: "as mulheres são responsáveis pela saúde de todo o grupo doméstico", merece, neste momento, ser melhor trabalhada com os dados obtidos junto às mulheres da Vila Rica, no que diz respeito à saúde de seus filhos.

Retomando, foi no segundo capítulo dessa dissertação que se tratou, brevemente, da mulher que permanece em casa; do seu relacionamento com a vizinhança, com o bairro, com o Posto de Saúde, e de suas atividades fora do lar. Através de suas falas, lembrou-se o tipo de trabalho que ela exerce e procurou-se comentar as suas atividades em busca da cura de seus filhos e de si própria.

Para finalizar o 5º capítulo resta ainda uma constatação que merece ser comentada e que completa afirmação feita acima: é o fato de que uma mulher da classe popular, não tem, quando trabalha fora, apenas uma dupla jornada de trabalho - a remunerada e a do lar - mas, na verdade, ela providencia e efetiva todos os cuidados com a saúde dos filhos menores.

Isto posto, é atribuição da mulher, além dos afazeres domésticos, praticamente a solução de todos os problemas ligados à saúde, desde procurar as alternativas disponíveis, até ir diretamente à fila do INPS buscar um especialista médico. É ela, então, quem deve

programar suas atividades com a casa e faltar ao trabalho para tratar o filho doente. Não conta com o marido: sua responsabilidade é garantir a sobrevivência do grupo, através de sua remuneração. É a mulher, muito mais do que o homem, quem resolve o que deve ser feito para a manutenção e a preservação da saúde dos membros de seu grupo doméstico.

Para melhor desenvolver essa idéia, é importante que se busque entender como funciona o espaço mais específico da família - a casa -, como estão organizadas as atividades domésticas, i.é, como se distribuem as tarefas entre os membros da família.

As crescentes dificuldades que uma família, mesmo no seu início, encontra para sobreviver, leva a refletir sobre o papel da mulher que permanece em casa para garantir a manutenção do grupo doméstico. Esse trabalho feminino não remunerado tem uma finalidade em si muito importante. Ele produz valores de uso, indispensáveis para a reposição da força de trabalho dispendida pelos membros da família.

Novamente, reunindo comentários acerca do trabalho feminino remunerado, é preciso acrescentar como essas mulheres utilizam as alternativas de trabalho que o mercado oferece e o significado dessa necessidade de buscar emprego.

Para tanto, serão utilizados textos de autores brasileiros que, de vários ângulos, trataram do trabalho feminino e da problemática da mulher enquanto membro fundamental na manutenção da classe trabalhadora.

Duhan, Allier, Koffes, Bilac e Canesqui(') abordaram a situação da mulher no Brasil: a divisão sexual do trabalho, as mudanças no grupo familiar e suas aspirações e ainda, as funções de cada membro da família pertencente à categoria de trabalhadores assalariados.

-
- (') Allier, V.S. - Mulheres e Trabalho S.P. Ed., 1980.
Bilac, E. - Família de Trabalhadores. Estratégia de Sobrevivência, SP, Ed. Símbolo, 1978.
Canesqui, A.M. - Comida de Pobre, Comida de Rico - Tese de doutoramento - UNICAMP - 1976
Durhan, E. - A Família Operária: Consciência e Ideologia - Revista Dados nº 23, 1980 pag. 201 a 213.
Koffes, S.A. - Entre nós mulheres elas, as patroas, e elas, as empregadas - tese mimeo UNICAMP, 1981.

1. A DIVISÃO DO TRABALHO DOMÉSTICO

Desde que se buscou saber, entre as mulheres entrevistadas, o quanto de seu tempo era dedicado ao serviço da casa, a cada membro da família, eventualmente, como conciliavam essas atividades com o trabalho remunerado, obteve-se, como resposta, que todas essas tarefas eram, em geral, divididas entre as mulheres da casa. Ao marido cabia responder, através da remuneração pelo seu trabalho, pelas despesas da família.

Para as mulheres, a obrigação de zelar pela saúde de seus filhos faz parte do trabalho doméstico. Estas obrigações não podem ser caracterizada como "trabalho extra". Isto porque espera-se da mulher, ao casar, que ela seja capaz de assumir o trabalho doméstico, sem que este seja visto como uma sobrecarga ou como uma exploração de sua força de trabalho. Dela é esperado que desempenhe os papéis femininos. (')

1.1. O Provedor Masculino

Durante a coleta dos dados de campo, chamou a atenção o fato de nem sempre ter sido encontrado nos grupos domésticos apenas um provedor masculino que respondesse pelo sustento econômico de toda a família.

O marido, no caso, tido como único membro produtivo, seria a pessoa responsável. Efetivamente, ele nem sempre se fazia pre-

(') Canesqui, A.M. - Comida de Pobre, comida de rico-Op.cit.pág. 204.

sente. As famílias subsistiam independente do "chefe da casa". Na realidade, na ausência do marido, era a mulher quem ocupava essa função, desempenhando-a da mesma forma que qualquer pessoa com tal responsabilidade.

Nas fichas de cadastramento foram encontrados muitos casos de mulheres que se diziam "casadas" mas, com o marido ausente. Outras eram "mães solteiras" vivendo com um companheiro e outras, ainda, diziam-se "casadas", com maridos, e, no entanto, eram consideradas "chefes da casa" porque ocupavam um lugar de destaque relativamente ao marido, atribuído pelos membros da família. No caso, essa função está ligada ao aspecto moral, ao respeito à figura materna, lembrada como catalizadora de todas as atividades do grupo. (assunto abordado no 2º capítulo).

1.1.1. A Composição Familiar

Feita de forma diferenciada entre as famílias, a composição familiar obedece a certos fatores que podem ser entendidos para toda a Vila. Um dos mais importantes tem a ver com a dificuldade da família se manter, quando existe apenas um membro produtivo, uma vez que a mulher não tem com quem deixar os filhos para trabalhar fora. Outro tipo de familiar, decorrente deste problema apenas um membro trabalha, é resultante da agregação de um ou mais membros, após o casamento, quase sempre a filha do casal, afim de dividir despesas.

Em ambos os casos - a dificuldade do futuro "chefe" em se manter e a esposa ao lado da necessidade de buscar uma pessoa para cuidar das crianças para que a mulher possa trabalhar - leva a modificações na forma original da família. Essas alterações só podem ser feitas dentro de certos limites, do tipo: tamanho da casa,

reforma e extensão da planta original e o número de filhos ainda remanescentes. Este tipo de composição tende a ser transitória.

Nos planos do novo casal está incluída a moradia própria mas, a princípio, aquela parece ser a forma mais comumente adotada entre os moradores da Vila. Os resultados de tal arranjo, i.é, a ampliação da família, respondem à necessidade de sobrevivência de ambos os núcleos. Estes núcleos eram analisados por Bilac a partir da população de "trabalhadores manuais" de Rio Claro:

"... para o núcleo principal, a ampliação da família, significa um provedor a mais - o genro ... Para o núcleo secundário significa evitar uma série de despesas ligadas à neocalidade: o aluguel, os móveis e utensílios como fogão, chuveiro, que podem ser partilhados ...etc.(')

Essa mesma autora lembra que o tamanho da família, sua composição, é alterado ao longo do tempo por outros fatores que não apenas a fecundidade e mortalidade.

Outro ponto importante, é a agregação de parentes ao núcleo familiar, analisado, diferentemente, segundo o sexo do agregado. A ampliação ou retração da família pode ser determinada por diversos fatores mas, em geral, as dificuldades econômicas são condicionantes importantes. Tanto a família pode crescer pela incorporação de novos núcleos, como sua composição pode ser influenciada pela "incorporação dos remanescentes de um núcleo em desagregação. São membros que se tornaram incapazes de automanutenção, mães viúvas, parentes

(') Bilac, E.D. - Op.cit. pg. 87.

órfãos que, depois de desfeita a família nuclear, volta a morar com tios ou avós".(')

No caso do membro agregado ser do sexo feminino, às vezes pode, indiretamente, não acarretar despesas extras. Diante de um quadro crescente de dificuldades econômicas, o problema de "com quem deixar os filhos", para a mulher trabalhar fora de casa, é fundamental. Eventualmente, a mãe pode contar com as vizinhas mas, estas não podem substituí-la integralmente. Por isso, a solução é encontrada através da agregação de mais um membro à família.

Por outro lado, se o agregado é do sexo masculino, ainda em condições de trabalhar, isto vai significar o aumento de rendimentos e a possível dispensa da mulher do trabalho fora de casa. ('')

1.2. As atribuições das tarefas da casa

O grau de cooperação no trabalho doméstico entre os membros dos grupos é o mais variado possível, desde que, existam pessoas, na família, capazes de dividir com a mulher suas tarefas diárias.

Tanto na família nuclear quanto na família ampliada, ob-

(') Bilac. Op.cit., pg. 87.

('') A autora lembra que: "A ampliação da família, portanto, tanto pode facilitar o desempenho do trabalho feminino quanto dispensá-lo, dependendo de quem é o agregado e das condições de ampliação".

A possibilidade de receber agregados idosos deve ser também considerada. Neste caso, a autora apenas sugere que essa presença "deverá ser equacionada com o aumento da prole". Bilac pg. 92.

serva-se um comportamento comum, relativamente ao homem ou homens da casa: só ocorre a divisão de tarefas domésticas com a mulher, na falta de filhas, vizinhas, parentes ou, ainda, em situações de doença da mulher. Este comportamento é comum mas não obrigatório em todas as famílias do bairro. Foram encontradas famílias onde o homem, depois de aposentado, fazia alguns serviços da casa, enquanto a mulher trabalhava fora. A partir dessas exceções, a afirmação de que o homem é capaz de preparar sua comida ou varrer a casa, quando da impossibilidade da mulher, é compartilhada por como, Canesqui. Sua pesquisa sobre hábitos alimentares num bairro popular, demonstrou que:

"A ruptura das normas societárias em relação à divisão sexual do trabalho faz-se circunstancialmente e, mesmo quando os homens precisam executar de terminadas tarefas domésticas, espera-se que eles as façam em caráter transitório. (Grifo nosso) (')

A autora tenta provar que, com respeito ao trabalho doméstico, exceto a compra de alimentos, não existe a redistribuição de tarefas entre marido e mulher. Para a limpeza da casa, o preparo dos alimentos, não há a participação dos membros masculinos. Estes só compreendem este trabalho por ocasião de doença da mulher ou na falta de filhas para ajudar.

É fato que o homem é capaz de cozinhar ou manter a casa limpa mas, dificilmente ele cuidará de sua própria roupa lavando-a e passando. Este tipo de trabalho tende a ser visto como algo comprometedor de sua "masculinidade". Isto é reforçado pela idéia que se faz da mulher como "boa esposa", "boa dona de casa", capaz de realizar

(') Canesqui, A.M., pg. 203.

todas as tarefas sem dispor do marido que, já trabalha o dia todo e não tem mais a obrigação de dividir o serviço da casa ou os cuidados com os filhos. Ele deve cuidar da manutenção da família apenas em termos econômicos.

Repetindo, a única tarefa apontada por Canesqui, em que existe a complementaridade entre homens, mulheres e filhos de ambos os sexos, é aquela que se refere à aquisição de alimentos.(')

Com relação aos cuidados com a saúde dos filhos menores, a divisão do trabalho doméstico permanece inalterada: a mulher cabe empreender as tarefas domésticas - lavagem de roupas, alimentação, limpeza da casa, compras e outras - e também se responsabiliza pela solução dos problemas de saúde dos membros da família e seus dependentes.

Cuidar da casa e procurar os serviços de saúde, não são atividades excludentes. A mulher deve equacionar o trabalho doméstico com as atividades que requerem sua ausência do lar. Ao buscar uma agência de saúde, a mulher não conta com o marido para substituí-la em casa. Sua única alternativa é pedir à vizinha que cuide de uma ou duas crianças enquanto está fora. Esta situação pode recorrer apenas algumas vezes, mesmo porque, as vizinhas também estão envolvidas com seu próprio trabalho doméstico.

A atribuição das tarefas domésticas baseadas na divisão sexual do trabalho é uma das formas de se caracterizar a família. É

(') A autora explica tal afirmação dizendo que: "No desempenho desta tarefa não há rigidez na divisão dos papéis conjugais, porque tanto os homens como as mulheres podem travar relações sociais com diferentes categorias de vendedores... Assim tanto os homens que vêm do trabalho, ao passarem pela cidade, realizam as compras... como as mulheres, por disporem de maior tempo que eles podem igualmente realizá-las". Canesqui Op.cit. pg. 208.

certo que em algumas atividades básicas, aquelas que envolvem todo grupo doméstico, como a alimentação por ex. não há uma rigidez na divisão dos papéis conjugais pois, todos podem participar empreendendo tarefas que se complementam.

Através das observações imediatamente acima, verificamos que nas famílias da Vila, o homem (marido e filhos) dificilmente exercerá papéis ditos femininos, o que não determina a existência de uma relação conflituosa entre os membros da casa, já que as filhas são preparadas, na prática, para seguir o exemplo materno e assumir, desde pequenas, o trabalho da casa. Quanto ao marido, sua função é prover a família, sustentá-la com seu trabalho. Nesta tarefa é auxiliado pelos filhos que trabalham. Muitas vezes o salário que estes recebem não é integralmente entregue aos pais: a intensão é sempre reservar uma parte do rendimento mensal para poupança, visando investir na "futura família".

Quanto à distribuição do tempo para empreender as tarefas domésticas para a família, composta de pai, mãe e quatro filhos, a mulher da Vila Rica que não trabalha fora age da seguinte forma:

- Às 5 hs. da manhã, antes de todos se levantarem, a mulher acorda, e sua primeira obrigação é preparar o almoço dos que levam marmitta - (marido e filha). Ao mesmo tempo prepara o café e, quando necessário, ela mesma vai a padaria para comprar pão e leite.

Após a saída dos que trabalham, ela cuida da casa que todos os dias consiste em: varrer, limpar, lavar, passar a roupa. Ainda pela manhã, termina e serve o almoço para os que ficaram. Quando os filhos menores necessitam de médico, é neste período do dia que se pode conseguir uma consulta no INAMPS ou mesmo no Posto de Saúde.

Já tendo arrumado a cozinha e a casa, a mulher tem algu-

mas horas livres no período da tarde, que é maior. As horas livres podem ser ocupadas com: costura, compras ou pagamento de prestações, feito no Centro da cidade. Isto comporta certa dificuldade, pois toda saída significa levar os três filhos pequenos. Ela também pode fazer visitas a parentes e conhecidos ou mesmo receber, nesta hora, visita de pessoas amigas.

Ela, em geral, tem algum tempo livre até às 17 horas, restando ainda outras atividades como preparar a janta e dar banho nas crianças. Após servir o jantar, o que nem sempre é feito com a família reunida cada qual tem um horário diferente -, a mulher prepara as crianças para dormir e o tempo que resta é gasto diante da televisão, assistindo novelas, em sua casa ou em casa de vizinhas.

Geralmente há poucas atividades coletivas e a mulher mantém sua própria organização no trabalho doméstico. Um exemplo marcante disto são as ações de saúde nas quais é frequente a mulher tomar para si a responsabilidade e mantê-la, não propositalmente, fora do conhecimento do marido.

1.2.1. Mãe e Responsável pela Saúde

Embora seja mais difícil de encontrar o tipo de família em que existe a organização conjunta das atividades de saúde entre os moradores da Vila Rica, ela deve aqui ser mencionada, pois tal fato tem estreita ligação com a classe social do grupo doméstico.

É o caso encontrado no Posto de Saúde de pais que substituíam as mães quando do controle mensal da criança e também nas campanhas de vacinação. Em geral, eram casais novos, recém-formados e com apenas um filho. Curiosamente aqueles pais que compareciam ao Posto não estavam perdendo o seu dia de trabalho e muito menos esta-

estavam desempregados.

Na benzedeira não foi possível constatar a presença de homens acompanhando seus filhos, e nem nos hospitais-escolas. Estes fatos levaram à conclusão de que o casal costuma acompanhar suas crianças às agências de cura apenas quando é um caso grave de doença, ou então uma emergência.

A organização conjunta das atividades de saúde é apenas uma dentre aquelas passíveis de serem empreendidas ou decididas por ambos, homem e mulher. No grupo doméstico, em que as mulheres tomam para si a tarefa de cuidar da saúde dos membros dependentes, assumindo todo o trabalho que envolve a busca da cura, não há um tipo de organização conjunta e sim uma forma de organização que é ao mesmo tempo, complementar e independente. Ao homem cabe desempenhar, da melhor forma possível, o seu trabalho remunerado fora de casa. À mulher, cabe a responsabilidade pelo trabalho doméstico e, em algumas famílias, o trabalho remunerado, fora do lar.

Assim, refletindo com o auxílio da teoria de E. Both sobre "Família e Redes Sociais", no caso das ações de saúde, pode-se concluir que o que há é uma "alta segregação dos papéis conjugais".(')

(') A autora utiliza o termo "grau de segregação de papéis conjugais" para poder comparar os três modelos de organização das atividades do grupo doméstico em diferentes famílias londrinas. Os três modos são: organização complementar, org. independente e org. conjunta. Por segregação de papéis conjugais - "quero indicar o equilíbrio relativo entre atividades independentes e complementares por um lado, e as atividades conjuntas por outro". Both, E. Família e Rede Social, Rio de Janeiro, ed. F. Alves, 1976, pg. 73.

Isto significa que, visando o bom funcionamento do grupo, é a mulher que se responsabiliza sozinha pela manutenção da saúde dos membros dependentes. Quanto ao marido, este não deve ser totalmente excluído da participação das decisões. Alguns, eventualmente, podem participar com sua mulher de decisões sobre onde levar a criança.

Tendo como pressuposto que o estudo do trabalho remunerado feminino facilita a compreensão das características e peculiarmente esta dupla jornada de trabalho da mulher e as suas tarefas extras, abstêm-se aqui de realizar uma análise exaustiva do tema: o trabalho feminino, em especial o trabalho de empregada doméstica. Nas páginas seguintes ele é referido para se entender o propósito dessa exposição que se centra: no trabalho extra, muitas vezes considerado uma sobrecarga para a mulher que já tem todas as responsabilidades e advindas do casamento e maternidade além do trabalho remunerado. (')

(') Sobre o assunto, ver a contribuição teórica dada por S. Koffes e Saffioti.

2. A NECESSIDADE DE SE BUSCAR EMPREGO

Ficou registrado, no segundo capítulo desta dissertação, que o trabalho da mulher e a profissão predominante na faixa etária de 40 a 60 anos é a de empregada doméstica. Comentou-se também sobre os arranjos providenciados por ela para manter o emprego, criar os filhos e organizar o seu trabalho doméstico.

Ultimamente, tem-se observado na Vila Rica um número crescente de mulheres com mais de 40 anos que, para "ajudar nas despesas" vendem artigos domésticos, panelas, recipientes de plásticos, roupas prontas para adultos e crianças ou, têm representação de alguma firma de cosméticos. Talvez, mais pela idade, do que pela própria necessidade de permanecer em casa para cuidar dos filhos, estas mulheres encontram nesse comércio, cuja prática não se restringe à Vila, uma forma de colaborar com o orçamento doméstico, sem ter que voltar à profissão que quase todas exerciam antes - doméstica.

Observou-se que essa estratégia é utilizada quando os pais, necessitando de mais um rendimento extra, lançam mão do trabalho feminino remunerado dentro de casa em detrimento do trabalho juvenil. Isto possibilita a continuidade dos estudos de 1º e 2º grau e controla a evasão escolar, provocada pela dificuldade em coadunar os estudos com o trabalho. Alguns pais não medem esforços para ver o filho "interessado nos estudos, prã chegar na faculdade". Caso a família não possa contar com o trabalho da mãe, é mais provável que o filho, ao concluir o 1º ciclo, abandone a escola em busca de emprego, que é mais difícil de encontrar. Quanto à escola, ele sempre pode retomar os estudos um pouco mais tarde.

Com relação às famílias novas, recém-constituídas, ainda sem filhos ou com filhos pequenos, é comum o homem e a mulher traba-

lharem fora de casa, afim de contribuírem conjuntamente para o orçamento doméstico.

Do ponto de vista do trabalho, com que alternativas contam essas mulheres?

As adversidades com que se deparam as mulheres em geral, para coadunar as atividades domésticas com a jornada de trabalho remunerado, não diferem muito daquelas enfrentadas pelas mulheres do grupo de baixa renda.

Devido ao baixo nível de escolaridade e às dificuldades próprias do mercado de trabalho, as ocupações disponíveis para quem busca emprego desde cedo são limitadas. Como ficou demonstrado nas tabelas sobre a mão de obra, no segundo capítulo, o trabalho mais facilmente encontrável era o de doméstica.

A jovem, em geral, segue o trabalho da mãe embora esta, por sua vez, sempre pretenda uma "profissão melhor" para a filha. Efetivamente, excetuando o trabalho de empregada doméstica, resta as profissões oferecidas pelo setor terciário da produção('), i.é., no comércio, como balconista, em lanchonete, na Prefeitura como serventes, atendentes de enfermagem, varredoras e nas pequenas fábricas instaladas na região.

O trabalho de doméstica, na época da pesquisa, foi o pre dominante. As fábricas ao redor da Vila ofereciam poucas vagas para mulheres e talvez, resida aí um dos motivos do alto número de mulheres trabalhando como doméstica. Isto confirma a posição marginal da mulher no mercado de trabalho, no qual a remuneração feminina é menor que a do homem, sendo que as condições de trabalho também são adversas.

(') Sobre o setor terciário, ver Singer, P.I. - Força de trabalho e Emprego no Brasil 1920-1969. Cadernos Cebrap, 1971.

Allier faz referência a essa situação ao apontar os motivos que conduzem à exploração do trabalho feminino:

"Objetivamente, estas mulheres agora trabalham mais do que os homens e estão submetidas a uma maior exploração pelo capital. Ambos os fatos, são consequência, em última análise, do seu papel como mãe e esposa"(Grifo nosso) (')

Nesta linha de raciocínio, relativamente à dupla jornada de trabalho e à extensão da jornada de trabalho doméstico com o acréscimo de tarefas realizadas fora do espaço da casa, é patente uma distribuição desigual de funções entre mulher e homem. Isto se deve a fatores internos à própria estrutura da família. A convivência pacífica do casal com essa desigualdade, tem a ver com a subordinação da mulher ao homem através do casamento, perpetuada pela sua manutenção nos termos atuais.

Analisando a subordinação por este prisma, o fato da mulher conseguir um emprego remunerado, não significa que ela esteja a caminho da eliminação da fonte de subordinação - entendida aqui como a propriedade privada de sua sexualidade pelo homem - e, muito menos é esta a preocupação imediata das mulheres da Vila Rica.

Buscar emprego, é uma necessidade real, presente em quase todas as fases da vida e, neste aspecto, não há diferença entre os sexos pois, tanto o homem, solteiro ou casado, como a mulher, devem prover a sua sobrevivência.

Quanto à jovem, enquanto não engajada no mercado de tra-

(') Allier, V.M.S. - "As mulheres do caminhão de turma" in Mulheres e Trabalho Ed.1980, pg. 109.

balho ou dando continuidade à profissão da mãe. Ela vai sendo preparada para constituir família, aprendendo as tarefas de casa. Não é somente a mulher adulta que responde pela manutenção da família no âmbito doméstico. É importante acrescentar que a mulher é sempre atribuído esse trabalho, não devendo necessariamente, ser casada ou ter família, pois, como foi visto na Vila Rica ou mesmo naquela população pesquisada por Canesqui, a jovem, antes de formar nova família, não está totalmente liberada da ajuda que deve prestar em casa.(')

Isto porque, é a filha jovem e não o chefe de família (o marido) que assume quando necessário as funções da mãe quanto à alimentação, manutenção da casa, compras e cuidados de saúde para com os membros mais novos.

Enquanto o casamento não acontece, ela é mantida como

(') A esse respeito, são esclarecedoras as palavras de Bilac que, em parte, contradiz o observado. Com relação ao trabalho doméstico e seus participantes, a autora afirma:

"... Nem todas as mulheres adultas estão necessariamente envolvidas na produção de valores de uso (trabalho doméstico). Mulheres solteiras, por exemplo, que moram com os pais podem ser dispensadas do trabalho doméstico".

Ressalva deve ser feita ao papel atribuído à mulher após o casamento pois, só então:

"O trabalho doméstico passa a fazer parte das atribuições normalmente conferidas à mulher adulta. Desse modo, afigura-se bastante transitório o período em que a mulher está liberada da jornada doméstica".
(Bilac, E.D. Op.cit. pg. 61)

força de reserva, preparada para trabalhar em momentos de crise. É neste sentido que o trabalho doméstico é tido como parte integrante da dupla jornada de trabalho e atribuição da mulher, independente da idade, do casamento ou do possível trabalho remunerado.

E quais são as características do trabalho feminino remunerado?

As situações de vida da mulher, desde criança até a fase adulta, mostram o trabalho remunerado como essencial à sobrevivência individual e do grupo doméstico, com certa descontinuidade.

O casamento precoce diminuiria as despesas do grupo inicial e o seu número de dependentes. Em geral, essa época pode trazer uma mudança no tipo de ocupação anteriormente exercida mas, sem significar um aumento nos rendimentos que continuam a ser baixos. Isto porque, a mudança no tipo de ocupação acompanha a mudança para os centros maiores. As mulheres da Vila, antes de se mudarem para lá trabalhavam na roça como ajudantes na colheita, semeadura e na criação dos animais. Só eram liberadas desse trabalho quando não havia outra pessoa para cuidar da casa e das crianças. Outras, mesmo na zona rural, podiam se empregar como pajens, empregadas ou lavadeiras, o trabalho que iriam exercer quando se mudaram para a Vila.

O período que se segue ao casamento e se estende até o nascimento do primeiro filho é caracterizado pelo trabalho fora de casa, sobretudo onde as chances de emprego são maiores ou iguais que a do homem, embora distintas em função das ocupações diferentes que ambos exercem. As diferenças decorrem, além das determinações do sexo, do grau de instrução da mulher, que não passa do Primário completo. Mesmo na cidade as opções de emprego são restritas, e ali ela pode ser operária ou então, utilizando suas experiências, vai se oferecer para o trabalho doméstico.

Também as benzedeadas do bairro, antes de se dedicarem integralmente ao benzimento ou, nas situações de dificuldade econômica, buscam este trabalho, por ser o mais fácil de encontrar. Todas as benzedeadas, com exceção de uma, foram ou são, eventualmente, empregadas domésticas - cozinheira, faxineira, arrumadeira, lavadeira. Repetem, de certa forma, o trabalho que fazem em sua própria casa e acumulam as funções, repartindo seu tempo entre o trabalho remunerado, trabalho doméstico e trabalho com benzimento. Embora sejam reconhecidas e legitimadas como benzedeadas, elas não podem dispensar o trabalho remunerado, o que as tornam iguais às outras mulheres da Vila. Neste momento, elas também são mães, são responsáveis pelo funcionamento da casa, contribuem financeiramente para manter a família e, ainda, prestam serviços de benzimento.

Os depoimentos transcritos abaixo, falam de experiência de trabalho dessas mulheres e confirmam as afirmações anteriores.

A benzedeadas L. exerce, como última experiência de trabalho, a faxina por dia:

"...eu trabalhei por último no hospital (Santa Casa), mas saí. Agora trabalho de faxineira por dia mas só peço quando preciso. Já trabalhei em casa de família, olhava criança pequena. Tenho o trabalho do Centro (Espirita). Eu fico muito cansada, só peço faxina quando precisa mesmo, é muito pesado..."

O trabalho remunerado das benzedeadas está sempre associado à necessidade econômica da família, assim como o das outras donas de casa. Por isto ele é temporário. Quando falha a contribuição, do marido é natural que ela assuma a responsabilidade da casa.

Tanto para as benzedeadas como para as outras mulheres, é certo que a experiência de trabalho aumenta conforme passam os anos

mas, proporcionalmente, a disponibilidade para o mesmo diminui com o casamento e a chegada dos filhos. Daí o seu caráter temporário, composto de fases de abandono e retorno ao emprego, o que reduz as possibilidades de se encontrar um em que seja possível conciliar o trabalho doméstico com o trabalho remunerado. No depoimento seguinte nota-se a descontinuidade do trabalho feminino:

"... eu morava em Dracena (interior de São Paulo). Lá eu já trabalhava com benzimento e trabalhava pra fora. Fui lavadeira, empregada, fiz de tudo. Mudei pra cá em 65, meu marido trabalhava em firma, era operário. Agora tá "encostado" (aposentado por invalidez). Sofreu um acidente de trabalho. Caiu uma viga nas costas. Aí o "governo" quitou a casa, a gente recebe a aposentadoria dele. Agora não dá mais pra eu trabalhar pra fora. Estou sempre doente..."

Em outro depoimento observa-se a iniciação precoce da mulher no trabalho remunerado. A tentativa para melhorar e mudar de profissão é constante mas, as dificuldades que as mulheres encontram para prosseguir com os estudos é muito maior. Neste sentido, a prática torna-se o meio mais fácil de se adquirir o saber.

"Desde pequena que eu trabalho de empregada. Desde a idade dos sete anos que eu trabalho. Depois fiz uma pausa de trabalhar em casa de família e fui estudar enfermagem oito anos mais ou menos, ... Depois fui pra São Paulo e depois vim pra Campinas e comecei a trabalhar outra vez em casa de família. Achei que era mais fácil trabalhar em casa de família porque já tinha onde dormir, comer, já tava acomodada, né? ... parei depois que a menina nasceu. Dez anos sem trabalhar. Agora comecei outra vez..."

Ou então, é uma benzedeira quem diz:

"... Comecei a trabalhar com sete anos, na mesma pensão, ajudava minha mãe a arrumar a cozinha, lavava a louça, a gente morava tudo lá. Mas, não gostava de trabalhar em casa de família por isso, quando fiquei "maior" comecei a trabalhar em fábrica, fui tecelã, mas lá a situação não era boa..."

O relato das várias experiências de trabalho das mulheres da Vila, é marcado pela necessidade constante de promover a sobrevivência pessoal. Em todas se observa os mesmos traços: o trabalho se inicia cedo, quase na mesma idade que o homem. A experiência adquirida com o trabalho é irregular porque a mulher deve estar sempre disponível para participar ou assumir integralmente o trabalho doméstico em substituição à mãe. Devido à falta de legislação(*) adequada para proteger a mulher que trabalha, ela sempre se encontra em situações desfavoráveis, sendo obrigada a aceitar a remuneração injusta oferecida por um trabalho geralmente igual ao do homem. Como se isso não bastasse, as opções de trabalho para a mulher são restritas, restando-lhe trabalhos desgastantes num mercado altamente competitivo. Todas essas características tornam-se mais acentuadas no caso da mulher casada e com filhos.

Ao se falar na dupla jornada de trabalho feminino fez-se referência ao trabalho doméstico e ao trabalho remunerado. Lembrou-se

(*) A Legislação não prevê alguns benefícios como obrigatoriamente de Creche nos locais de trabalho, período suficiente de amamentação para as crianças recém-nascidas, dispensa remunerada do dia do trabalho para ida ao médico dos filhos menores.

também que o trabalho doméstico não estava apenas restrito ao espaço da casa. A mulher, para manter o grupo doméstico tinha que, ela própria, fazer os contatos externos (compras, pagamentos, médicos, hospital, etc.) muitas vezes, sem contar com o auxílio do marido, dos filhos maiores ou dos parentes. E, quando por um motivo qualquer, não podia desempenhar suas obrigações, era a vizinha ou até um parente próximo que a substituíam em algumas tarefas. Nem sempre o marido se fazia presente. Os cuidados com a saúde, a busca do médico, a ida ao Posto ou à benzedeira, eram resolvidos e empreendidos apenas por ela. É este trabalho que se está denominando trabalho extra.

A compreensão se torna mais fácil quando se compara este trabalho - cuidar da saúde - com aquele realizado pela benzedeira - o benzimento. Ambos não são remunerados, e embora não sejam realizados apenas para satisfação própria, não excluem a participação da mulher nas tarefas de casa e nem mesmo no eventual trabalho remunerado. Apenas diferem quanto ao seu fim imediato. A mãe visa resolver os problemas de saúde de seu grupo doméstico e a benzedeira alivia o mal das pessoas que a procuram e que acreditam em seu trabalho. É provável que essas características aproximem as mulheres da Vila com as benzedeiros, identificando-as. Também, faz com que as benzedeiros acabem por compreender melhor os problemas de saúde daqueles que frequentam as agências de cura popular, melhor do que o médico, sabendo dizer o porquê da doença e a origem do mal.

CONCLUSÃO

CONCLUSÃO

Esta breve conclusão tem a finalidade de reter três idéias básicas, fruto das exposições feitas no decorrer da dissertação.

A primeira diz respeito à importância das questões de saúde para todo o grupo doméstico. Ou seja, existe um grande número de pessoas na Vila Rica e em bairros semelhantes com constantes problemas e preocupações com a saúde.

Através de depoimentos sobre experiências com a doença e com a prática individual das mulheres entrevistadas, pode-se afirmar que a doença faz parte do cotidiano e ocupa um espaço importante na vida das pessoas do bairro, porque o estado de doença provoca a quebra das atividades remuneradas ou não, da família. Como consequência, interrompe-se ou compromete-se o fluxo de rendimentos. No caso da atividade propriamente doméstica, realizada no âmbito do lar, há apenas uma quebra na rotina de trabalho doméstico que, na eventualidade, pode ser feito por uma substituta da mulher.

Ora é a filha que "está de licença de saúde", ora é o marido que está "encostado no INPS", ou, então, é a criança menor que precisa se submeter a uma cirurgia ... Tal frequência faz com que as pessoas discutam o assunto saúde com muita assiduidade, chegando a valorizá-lo com a mesma intensidade com que trata os problemas econômicos e as dificuldades financeiras. A saúde se torna, então, um problema social, visto que faz parte das preocupações cotidianas, consumindo grande parte do tempo das pessoas. Daí se concluir que a saúde, além de ser um problema social, passa a ser um problema ideológico, presente nas discussões do grupo doméstico e fora dele também, à medida que se discute as formas de se buscar a cura, os mecanismos de

contato com a Medicina Oficial, os remédios que podem ser adquiridos sem receita ou mesmo os que podem ser feitos em casa.

A rede de vizinhança assume importância fundamental funcionando como o meio mais fácil de circular as informações sobre brigas, casos com a polícia, doenças, remédios, mortes, etc. É através dessas redes que as mulheres atualizam as informações sobre o médico do Posto, o seu atendimento, a vacinação. Nas conversas entre os muros, nas esquinas, as donas de casa falam de suas experiências pessoais: com frequência se queixam de dores, de nervos, do marido que bebe, da filha que ficou grávida mais uma vez e falam também do acúmulo de trabalho que recai sobre elas.

Dado que a saúde é uma variável importante, chegando, inclusive, a ultrapassar as fronteiras do lar para alcançar as ruas, o que se constata é um envolvimento crescente da mulher com conhecimentos, preocupações e providências relativas à saúde de toda a família.

Partindo do pressuposto de que a doença é uma questão complexa, considero que a sua cura implica o domínio de um complexo repertório de conhecimentos dos meios de cura e alternativas disponíveis. As pessoas estão sempre trocando informações a respeito das causas das doenças, do repertório de sintomas e, à sua maneira, reinterpretando como poder, os discursos médicos, de difícil compreensão para as mulheres.

No caso das informações serem ainda insuficientes para empreenderem a cura, as mulheres da Vila Rica, procuram outras alternativas, como é o caso da Igreja do Evangelho Quadrangular, que utiliza largamente o discurso da saúde como um apelo para atrair adeptos.

Assim, a Igreja Quadrangular se constitui numa alternativa de cura, do mesmo modo como o Posto de Saúde, as benzedadeiras, os remédios populares, os remédios de farmácia indicados por outros, ou retirados de experiências anteriores. Parto da suposição de que a população estudada tem a sua disposição uma variedade muito maior do que aquela que normalmente se pensa existir, quando se discute os caminhos de cura.

Uma vez tendo confirmado que a mulher - 'dona de casa' da Vila Rica efetiva o papel de identificadora dos sintomas da doença para em seguida escolher, dentre as alternativas apresentadas, aquela que lhe mais conveniente, depreende-se que ela é a responsável pelos principais encargos de saúde de toda a família.

Como forma de perpetuar uma tradição da "boa esposa" e "boa mãe" e como resultado da maneira como nas vilas de periferias são desigualmente distribuídas as responsabilidades "domésticas" entre o homem e a mulher, a esta última são atribuídas quase todas as funções resultantes do casamento e da maternidade. O auxílio econômico, através do trabalho remunerado normalmente realizado após o crescimento dos filhos, ou então quando se conseguir vagas na Creche local; os afazeres diários "da casa" e quase tudo o que se relaciona com "problemas de saúde".

Na maioria dos casais da Vila Rica, a mulher necessita sair do lar, abandonando, em parte, o trabalho doméstico, para contribuir com o orçamento familiar. A necessidade deste trabalho feminino que se soma ao trabalho doméstico, implica ainda em uma carga extra de trabalho, já que é a mulher a responsável também pelos cuidados de saúde do grupo doméstico. Por causa disto, a 'dona de casa' desdobra o seu tempo, deixando, às vezes, de realizar atividades es-

enciais para poder encaminhar ao posto ou ao médico um filho que está doente. É ela quem providencia o retorno ao médico e efetiva as outras alternativas.

É assim que, obedecendo a uma norma, legitimada no tempo, a mulher deve se dedicar à casa, ao marido, e aos filhos. Por isto é através dela, seus atos e suas palavras, que quase toda essa pesquisa foi realizada.

BIBLIOGRAFIA

- ALLANO Jr., A. - The Ecology of Human Disease. in Adaptation in Cultural Evolution: an approach to medical anthropology, (mimeo), s.d.
- ALLANO Jr., A. - Native Medical Practice. in: idem (mimeo), s.d.
- ALLIER, S.M.V. - "As Mulheres do Caminho de Turma" in Mulheres e Trabalho, vários autores. Estudos CEBRAP nº 26, 1980.
- ARAÚJO, M. - Alguns Ritos Mágicos. in Revista do Arquivo Municipal, S.Paulo, 1974.
- ARAÚJO, M. - Medicina Rústica. in Separata da Revista do Arquivo Municipal, S.Paulo CLXI - 1958.
- AROUCA, A.S. - O Trabalho Médico, a Produção Capitalista e a Viabilidade do Projeto de Prevenção. in vários autores. Encontros com a Civilização Brasileira. Rio de Janeiro, Editora Civilização Brasileira, 1978.
- AROUCA, A.S. - O Dilema Preventivista. Contribuição para a compreensão e crítica da Medicina preventiva, tese de doutorado, UNICAMP, 1975 (mimeo).
- BASAGLIA, F. e outros - La salud de los trabajadores-a-portes para una política de la salud. Ed.Nueva Imagen, México, 1978.
- BERLINGUER, G. - Medicina e Política. CEBES, HUCITEC, São Paulo, 1978.
- BILAC, E.D. - Famílias de Trabalhadores: Estratégias de Sobrevivência. Edições Símbolo, S.Paulo, 1978.
- BOLTANSKI, L. - Puericultura y Moral de Classe. Barcelona, Ed. Laia, 1971.

- BOLTANSKI, L. - La Decouvert de la Maladie. Paris (mimeo) in:
M.A. Loyola, "Medicina Popular ou Sistema Paralelo de
Saúde", Relatório de Atividades 76/77, 1978.
- BOLTANSKI, L. - As Classes Sociais e o Corpo. Graal, Rio de Ja-
neiro, 1979.
- BOTH, E. - Família e Rede Social. Ed. Francisco Alves, Rio de
Janeiro, 1976.
- BOURDIEU, P. - A Economia das Trocas Simbólicas. Ed. Perspecti-
va, São Paulo, 1974.
- BRANDÃO, C.R. - O número dos eleitos: Religião e Ideologia Reli-
giosa em uma sociedade de Economia Agrária no Estado
de São Paulo, UNICAMP (mimeo) s.d.
- CANGUILHEM, G. - Lo Normal y lo Patológico. Siglo Vienteuno, Ar-
gentina, 1971.
- COE, R. - Sociologia de la Medicina. Alianza Editorial, 1973.
- CABRAL, R.O. - Medicina, Médicos e Charlatães do Passado. Insti-
tuto Bras. de Geografia e Estatística, Santa Catarina,
1942 nº 25.
- CAMPOS, M.S. - Poder Saúde e Gosto. Ed. Cortez, São Paulo, 1982.
- CANESQUI, A.M. - Comida de Pobre, Comida de Rico. tese de douto-
ramento, UNICAMP (mimeo) 1976.
- DONANGELO, M. C. - Medicina e Sociedade. Livraria Duas Cidades
São Paulo 1976.
- DONANGELO, M.C. e PEREIRA, L. - Saúde e Sociedade. Livraria Duas
Cidades, São Paulo 1976.
- DURKHEIM, E. - As Regras do Método Sociológico. Cia. Editora Na-
cional, São Paulo 1971.

- DUHAM, E. - A Família Operária: Consciência e Ideologia. in vários autores, Revista Dados nº 23 IUPERJ, Ed. Campins, 1980.
- EVANS-PRITCHARD, E. - Bruxaria, Oráculos e Magia entre os Azande. Ed. Zahar, Rio de Janeiro, 1978.
- FRAY, P. e HOWE, G. - Duas Respostas à Aflição: Umbanda e Pentecotalismo. in Debate e Crítica nº 6 Ed. Hucitec, São Paulo, 1975.
- GALINKIN, A.L. - A Cura no Vale do Amanhecer. tese de Mestrado da UnB, 1977 (mimeo).
- GENTILLE DE MELLO, C. - Saúde e Assistência Médica no Brasil. CEBES, Hucitec, São Paulo, 1977.
- GOFFMAN, E. - Estigma: Notas sobre a manipulação a manipulação da identidade deteriorada. Zahar, Rio de Janeiro, 1975.
- GUIMARÃES, R. (org.) - Saúde e Medicina no Brasil. Contribuição para um Debate. Ed. Graal, Rio de Janeiro, 1978.
- ILLICH, I. - A Expropriação da Saúde. Nêmesis da Medicina. Ed. Nova Fronteira, Rio de Janeiro, 1975.
- KARSENTY, S. - A Invasão Farmacêutica. Ed. Sociocultur, Lisboa, 1974.
- KOFES, S. - Entre nós mulheres, elas as patroas e elas as empregadas. (mimeo) 1981.
- LEVI-STRAUSS, C. - Antropologia Estrutural. Rd. Tempo Brasileiro, Rio de Janeiro, 1975.
- LEWIS, A. - A Saúde como um Conceito Social. (mimeo) s.d.

- LOYOLA, M.A. - Medicina Popular. in: Guimarães, R. - Saúde e Medicina no Brasil. Ed. Graal, Rio de Janeiro, 1978.
- MACHADO, R. e outros - Danação da Norma - Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil. Ed. Graal, Rio de Janeiro, 1978.
- MAUÉS, R.H. - A Ilha Encantada. in Pesquisa Antropológica nº 22, dissertação de mestrado, UnB, 1977.
- MECHANIC, D. - Medical Sociology, New York, The Free Press, 1968.
- MELLO, A.R. - Medicina Comunitária em Campinas e suas múltiplas dimensões. dissertação de mestrado, UNICAMP, 1979.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - VI Conferência Nacional de Saúde, agosto, 1977.
- MORAES, S. - Relato da Implantação de um Programa de Saúde Comunitária. Sec. de Saúde Campinas, (mimeo), 1979.
- MORAIS, R. (org.) - Construção Social da Enfermidade. Ed. Cortez e Moraes, São Paulo 1978.
- MOTA, H. - Análise das representações da clientela de um centro social localizado em Realengo, sobre a categoria doença - Estudo de Caso. (mimeo), 1976.
- OLIVEIRA, F. de - A produção dos homens: Notas sobre a reprodução da população sob o capital. Estudos CEBRAP nº 16, 1976.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE - Extensão de Cobertura dos Serviços Baseados na Estratégia de Assistência Primária e Participação Comunitária. Washington, 1977.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE - Situação de Cobertura, Washington, 1977.

- POLACK, J.C. - La Medicina del Capital. Ed.Fundamentos, Madrid, 1971.
- PRESS. I. - The Urban Curandero. American Anthropologist, vol.73, nº 3, junho, 1971.
- SAFFIOTI, H.I.B. - A Mulher na Sociedade de Classes: Mito e Realidade. Ed.Vozes, Rio de Janeiro, 1976.
- SALLOWAYS, J.C. - Medical Care Utilization Among Urban Gypsies. Urban Anthropology, vol.2, nº 1, s.d.
- SANTOS FILHO, L. - Pequena História da Medicina Brasileira. Ed. USP, São Paulo, 1966.
- SANTOS FILHO, L.C. - História Geral da Medicina Brasileira, Hucitec, São Paulo, 1977.
- SAUNDERS, L. - Cultural Difference and Medical Care. (mimeo), s.d.
- SILVA, F. - Saúde e Previdência Social. Ed.IPEIA, Rio de Janeiro, 1974.
- SINGER, P. e outros - Prevenir e Curar. O Controle Social Através dos Serviços de Saúde. Forense - Universitária, Rio de Janeiro, 1978.
- STEPAN, N. - Gênese e Evolução da Ciência Brasileira, Editora Artenova, Rio de Janeiro, 1976.
- VÁRIOS AUTORES - Medicina y Sociedad. Ed.Fontanella, Barcelona, 1972.