



Boletim do Instituto de Saúde  
Nº 41 Abril de 2007  
ISSN 1518-1812 / On Line: 1809-7529

# SAÚDE, CULTURA e SUBJETIVIDADE



# Sumário

❖ Editorial.....	3
❖ As Práticas da Cultura e da Saúde: um rastro nas produções de subjetividades.....	4
❖ Noções de Saúde, Doença e Cura como Construções Sócio-Culturais.....	6
❖ Imaginário Cultural, Comportamentos e Comunicação em Saúde.....	11
❖ Aspectos Culturais da Violência Doméstica como Problema de Saúde Pública.....	15
❖ Saúde Bucal e Práxis no Cotidiano dos Serviços de Saúde.....	18
❖ Moradia, Corporeidade e Cultura: um estudo sobre formas de subjetividade na favela.....	22
❖ Bom Retiro: fronteiras visíveis e invisíveis.....	26
❖ Saúde, Legislação e Arbítrio: a expulsão do estrangeiro que “curava lepra” no Brasil.....	30
❖ Fabulações sobre os Pobres e a Pobreza.....	36
❖ A Vulnerabilidade dos Jovens Trabalhadores do Tráfico de Drogas.....	41
❖ Determinantes do Acesso à Saúde: o caso das populações remanescentes de quilombos.....	43
❖ Cultura de Turismo e População Litorânea: contatos afetivo-sexuais de verão.....	46
❖ Relato de Vivência de Parto num Centro de Treinamento em Humanização de São Paulo.....	49

**BIS – Boletim do Instituto de Saúde**  
**Nº 41 – Abril de 2007**  
**ISSN 1518-1812 / On Line: 1809-7529**

Publicação Quadrimestral do Instituto de Saúdes  
Tiragem: 2.000 exemplares  
Rua Santo Antônio, 590 – Bela Vista  
Cep: 01314-000 São Paulo - SP  
E-mail: [editora@isaude.sp.gov.br](mailto:editora@isaude.sp.gov.br)  
Home page: <http://www.isaude.sp.gov.br>

Secretário de Estado da Saúde de São Paulo:  
- Luiz Roberto Barradas Barata

Coodenadora de Ciência, Tecnologia  
e Insumos Estratégicos em Saúde:  
- Maria Cecília Marchese da Mota Azevedo Correa

Diretor do Instituto de Saúde:  
- Otávio Azevedo Mercadante

Diretora Adjunta do Instituto de Saúde:  
- Cláudia Valencia Montero

## Expediente:

Editoras: Sandra Greger e Regina Figueiredo  
Comissão Editorial: Lenise Mondini; Marisa Feffermann; Olga Sofia F. Alves; Regina Figueiredo; Sandra M. Tavares Greger; Sivia Bastos

Colaboradores: Amália Suzana Kalckmann; Ana Lucia da S. B. Trench; Benair Alcarz Ribeiro; Carlos Botazzo; Dulce Coppedê; Áurea Maria Zöllner Ianni; Claudete Gomes dos Santos; Gert Ferreira Wimmer; Marli Fernandes; Maria de Lima Salum e Moraes; Mariana Cardoso dos S. Ribeiro; Martha Lucia C. Ortíz Ramos; Monique B. Cerqueira; Rebeca Silva de Barros; Siomara Roberta de Siqueira; Tânia Machado; Tereza Etsuko da Costa Rosa; Yara Nogueira Monteiro

Revisão e Normalização Bibliográfica: Carmen Paulenas

Revisão de Texto: Marcelo Rouanet

Edição Final: Dulce Rocha

Apoio Logístico: Área de Comunicação – IS

Responsável Administrativa: Vânia Feres

Divulgação: Núcleo de Documentação e Informação – IS

Editoração: Assessoria de Comunicação da SES/SP

Capa: Marli Fernandes. O paradigma da vida decente (pertencente ao ensaio fotográfico da série Cultura e Produção de Subjetividades: os novos sentidos da saúde).

CTP, Impressão e Acabamento: Imprensa Oficial SP

É permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que sejam mantidos os créditos de autores e instituições.  
Os dados, análises e opiniões expressas nos artigos são de responsabilidade de seus autores.

## **“O homem é um animal social”**

(Aristóteles, Política, III, séc. IV).

O ser humano cria códigos para estabelecer comunicação, repletos de significados e que transmitem aos demais sua percepção objetiva e subjetiva de tudo, expressando suas emoções, sentimentos, experiências.

Como diria Piaget (1969), pensar é falar para si mesmo; como diz Humberto Eco (1981), comunicar-se é estabelecer contato com os outros.

Pode-se dizer que o processo de “humanização” do ser humano derivou de sua capacidade e necessidade de viver em grupo; de estar e se relacionar com seus semelhantes.

Estamos subjetivamente e objetivamente enredados em um universo simbólico. Construimo-nos e atuamos no mundo a partir das percepções e representações que temos desse “casulo”. Pautamos nossas emoções e condutas individuais e coletivas nesse conjunto abstrato que nos envolve e, com ele, vamos “tecendo” jeitos, reações, estratégias, re-alinhando “nortes”; enfim, vivendo física e psiquicamente.

Não seria, portanto, diferente com relação à Saúde, que, como qualquer dimensão social, está “arraigada” nos planos da cultura e da subjetividade.

Esta edição do BIS vem, assim, contribuir com noções conceituais e temáticas referentes a Cultura e Subjetividade, com intenção de produzir reflexões sobre o ser humano e suas condições e modos de vida, suas formas únicas de entender e lidar com a saúde. Busca “abrir portas” para que agucemos o nosso “olhar” teórico-metodológico e, também, prático-tecnológico, facilitando o planejamento e a ação no trato das pessoas e de suas formas de subjetividade.

Os artigos procuram trazer “cor”, “calor” e “maleabilidade” à tendência cotidiana de “coisificação” e de racionalidade “dura” expressa nas abordagens puramente matemático-médico-biologizantes que predominam na área, reforçando a importância das Ciências Humanas e suas contribuições teóricas (históricas, sociológicas, antropológicas, psicológicas, pedagógicas e filosóficas), bem como o enfoque multidisciplinar, como fundamentais para a concretização da Saúde.

Cabe a todos que atuam nesta área perceber o ser humano integralmente, como um ser múltiplo e ao mesmo tempo único. As práticas de saúde são indissociáveis das condições e modos de vida dos sujeitos.

Somos e queremos “comida, diversão e arte”...  
(Arnaldo Antunes, Comida, Ó Blésq Blom, 1989).

<sup>1</sup>Pesquisadoras do Instituto de Saúde e Editoras responsáveis por essa edição.

<sup>2</sup>PIAGET, J. **Psicologia e Pedagogia**. Rio de Janeiro: Ed. Forense, 1969.

<sup>3</sup>ECO, H. **O signo**. Lisboa: Editorial Presença, 1980.

# As Práticas da Cultura e da Saúde: um rastro nas produções de subjetividades

Marli Fernandes<sup>1</sup>

Tereza Etsuko da Costa Rosa<sup>2</sup>

É sabido que as formas de compreensão do pensamento, seja no campo da Cultura, da Saúde ou das Produções de Subjetividades, são compostas por relações heterogêneas e complexas cumprindo várias funções. Diante da amplitude desses temas e das múltiplas possibilidades de suas abordagens conceituais, faz-se necessário reconhecermos a impossibilidade de discutir estes macro-temas em seus aspectos globais: seria pretensão descabida. Por outro lado, nada nos autoriza a falar de Cultura e Saúde, ou de qualquer outro tema, sem explicitarmos, em primeiro lugar, que tratamos deles apenas segundo certo lugar, o nosso.

Todas as concepções teórico-metodológicas dirigidas ao amplo campo do conhecimento, sejam elas quais forem, dependem de nosso olhar, de nosso lugar, a quem se destinam e quais os problemas anunciam. Isto quer dizer que as questões aqui revisitadas, relativas à Cultura, à Saúde e à articulação delas com a produção de subjetividades, só têm sentido para nós, especialmente pesquisadores e trabalhadores da Saúde, na medida em que compreendemos que os campos de problemas enfrentados na vida cotidiana do nosso trabalho e das nossas vidas possam ser levantados e confrontados para, de alguma maneira, serem respondidos e transformados. Somados à nossa maneira “de olhar” e ao nosso jeito de entender o estado de coisas do mundo, ainda sofremos o efeito do fato de que as produções do conhecimento na contemporaneidade não estão configuradas de modo fixo. Elas são instáveis e permanentemente submetidas, hoje aparentemente ainda mais do que nunca, às transformações e atualizações produzidas pelos desafios do presente: como os avanços tecnológicos, a medicina genética, as convergências digitais, os efeitos da mundialização, os novos papéis do Estado e as reflexões das perspectivas do futuro num país de desigualdades econômicas avassaladoras. Estes efeitos provocam uma mobilidade generalizada, uma defasagem frente aos desafios do presente em todos os níveis: nas músicas, nas modas, nos comerciais publicitários, na informática, no sistema cultural, no sistema da Saúde, no meio ambiente, etc. Se há evidência de que vivemos “uma crise da civilização da qual todos fazemos parte e, se ela existe, é, também, certo que há uma crise de nossos instrumentais de análise e avaliação”, diz Gilberto Gil, ministro da cultura.

Assim entendido, cabe a pergunta: quais são os conceitos de Cultura e de Saúde ressoando nas subjeti-

vidades e como, neste artigo, tentamos identificá-los?

Ainda sabendo que estamos diante de uma crise, de modo algum restrita aos países do terceiro mundo, que lança um chamado a todos, pesquisadores ou não, mas, sobretudo, a estes, para que se ocupem no seu dia-a-dia de novas interpretações dos fenômenos ou novas composições de análises das situações que incidem sobre a questão que lhes concerne: as práticas da Cultura e da Saúde e seus efeitos na produção de subjetividades.

Pensamos que o primeiro ponto a tematizar é definir os conceitos com que se aborda aquilo de que se fala. Vejamos primeiramente o que um termo ambíguo como cultura nos revela. A cultura não é tanto um conjunto de “obras”, mas um conjunto de “práticas” e é dentro desta perspectiva que o nosso “olhar” se abre. Um conceito de cultura associado à idéia de prática aponta para o sentido de ação, de agência humana; isto é, a cultura não significa simplesmente sabedoria recebida ou experiência passiva, mas um grande número de intervenções que podem tanto mudar a história ou transmitir o passado. Assim, a cultura deixa de ser considerada algo passivo e incorpora um sujeito que pode criar e agir sobre as coisas. Ocorre o deslocamento do sentido de cultura da sua tradição elitista para as práticas cotidianas.

E mais, ainda não se trata de “um conjunto de valores a serem defendidos”, mas significa “um trabalho que deve ser realizado em toda a extensão da vida social” (WIKIPÉDIA, 2007).

O mesmo ocorre com o conceito de Saúde, a ênfase também se dá nas práticas de Saúde. Construir os espaços de recepção institucional como instâncias de interlocução com a população, dar continuidade à Atenção, mantendo o vínculo dos indivíduos com as instituições ao longo do tempo, respeitar as características intrínsecas do território ou da geografia sócio-cultural de cada local, integrar os dispositivos de Atenção Básica a outros dispositivos de Saúde, como: visitas domiciliares, reuniões com a população e ações intersetoriais. Todos

<sup>1</sup>Psicóloga, Mestre em Psicologia Clínica do Núcleo da Produção de Subjetividades da PUC de São Paulo e membro da revista virtual Cadernos de Subjetividade e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde – Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo. Contato: marfluz@ig.com.br

<sup>2</sup>Psicóloga, Mestre e Doutora pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde – Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo. Contato: tererosa@isaude.sp.gov.br

<sup>3</sup>GIL, G. Ministro da Cultura. Discurso de Abertura. De Estudos Culturais, na TV CULTURA. 2006. Pronunciamento de abertura do programa.

esses são elementos fundamentais das práticas em Saúde (BARATA, 2003; TAKEDA, 2004; STARFIELD, 2002).

Práticas culturais e práticas em Saúde se comunicam de forma intrínseca. Isso nos impõe agregar às nossas abordagens a diversidade dos segmentos. Para nós trabalhadores da Saúde, é preciso dar um passo além dos modos de produção implícitos na política pública, mesmo dado o teor revolucionário de seus objetivos expressos na universalidade dos discursos: universalização, equidade, descentralização, regionalização e hierarquização e participação da população no planejamento, na gestão e no controle do sistema. Devemos agregar justamente aquilo que as práticas em saúde nos mostram no cotidiano, quanto aos efeitos, nelas, desses pressupostos e quanto aos aspectos em que elas são capazes de superar dialeticamente esses princípios universais.

Pensar essas metas universais como discurso na relação com a particularidade das práticas cotidianas, no caso da Saúde, significa agir sobre os modos de produção considerando, sobretudo, o âmbito das relações de produção da Atenção. Considerada a definição de Saúde da VIII Conferência Nacional de Saúde, inscrita na Constituição do país, dificilmente se pode pensar os modos de produção de Saúde, sem pensar simultaneamente os modos de produção de subjetivação. Portanto, agregar à Saúde a perspectiva das práticas cotidianas, significa incluir uma diversidade de fatores, como a relação dos dispositivos institucionais com a população e vice-versa, abrindo espaços de interlocução e participação no planejamento e gestão; significa considerar o modo de funcionamento intrainstitucional e a relação dos trabalhadores como tais entre si, abrindo os espaços de auto-gestão e co-gestão – também incluindo a população. Significa, sobretudo, pensar as relações de produção da Atenção (classicamente analisadas como relações médico-paciente) sob a perspectiva dos modos de produção de Saúde/subjetividade, confrontando o modo “capitalístico” e o modo “singularizado” (COSTA-ROSA, 2006).

Práticas em Cultura ou práticas em Saúde são, antes de mais nada, uma atividade, um modo de produção e um modo de apropriação, um intercâmbio também cultural instaurado no grupo social, reproduzindo e modificando as subjetividades.

A partir daqui, cabe introduzir um pequeno comentário sobre o tema da subjetividade contemporânea. O que se chama de subjetividade no modelo do senso comum tange apenas àquilo que toma as semelhanças do “subjetivo” com as funções do psicológico. Essa é apenas a parte superficial e imaginária da subjetividade. Por esse caminho, certamente, chegaríamos à conclusão equivocada de que a subjetividade é apenas a dimensão do psicológico pensado como interiorização de leis, normas e afetos; ou seja, a subjetividade como algo pronto e correspondente aos sentimentos instalados durante a vida do sujeito, oriundos dos mecanismos psicológicos internalizados (BIRMAN, 2000). As subjetividades são,

ao contrário, não-dadas e não-fixas aos seus elementos interiorizados. Estão sendo constantemente produzidas, fabricadas e moduladas por forças cujos vetores saltam de todos os lados. Essas forças tornam-se nosso próprio meio ambiente. Podemos nomeá-las: controle técnico-social, mas também todas as ações de contra-controle. Não podemos, entretanto, perder de vista a tônica da contemporaneidade quanto a esse aspecto: vivemos um misto de extrema velocidade, ao mesmo tempo, de extrema paralisia, extremo controle, extrema serialização. Efeitos visíveis e invisíveis do modelo hegemônico de produção de sentido e de valor: a lógica do “modo capitalista de produção globalizado” (GUATTARI; ROLNIK, 1986; DELEUZE, 1992).

Não é objeto deste artigo avançarmos na análise da lógica capitalística e sua ação sobre a subjetividade, preferimos dar atenção à hipótese da presença simultânea de outros vetores de subjetivação que fazem divergir a tônica dominante. Esses vetores outros é que devemos agenciar nas práticas da Saúde, a fim de conectá-las com a produção das subjetividades singularizadas. Significa aquilatar a magnitude das forças que compõem essas práticas. Basta considerar, que a produção de subjetividades inclui vários planos que se inter-agenciam: o social, o cultural, o estético, o psicológico, o da saúde, o do trabalho, o da participação política, etc. Portanto, a produção de subjetividades não se define apenas no plano dos discursos; ela se realiza, principalmente, nas práticas. A questão é decifrá-la para promover outros olhares e outros atos sensíveis aos novos sentidos da Saúde e da Cultura. Neste plano das práticas, podem surgir modos de resistência e de transformação potencializadores da qualidade de vida, das possibilidades de criação de cultura e das possibilidades de entrecruzamento inventivo das práticas de Cultura e de Saúde, reinvenções coletivas da subjetividade. Esta nova postura certamente compreende as perspectivas chamadas intersetoriais, interdisciplinares e transdisciplinares na Cultura e na Saúde.

## Referências Bibliográficas

- COSTA-ROSA, A. **A instituição de saúde mental como dispositivo de produção de subjetividade**. Assis: UNESP, 2006. Mimeo.
- BIRMAN, J. **Mal-estar na atualidade. A psicanálise e as novas formas de subjetivação**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.
- GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica. Cartografias do Desejo**. Petrópolis: Vozes, 1986.
- DELEUZE, G. **Conversações**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.
- STARFIELD, B. **Atenção primária – equilíbrio entre necessidades de Saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco; Ministério da Saúde, 2002.
- TAKEDA, S. A organização de serviços de atenção primária à saúde. DUNCAN, B; SCHMIDT, MI;
- GIUGLIANI, E.R.J. (eds). **Medicina ambulatorial – condutas de atenção primária baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2004. 3ª ed.

# Noções de Saúde, Doença e Cura como Construções Sócio-Culturais

Regina Figueiredo<sup>1</sup>

## Introdução

Este artigo procura apresentar as conclusões e resultados da pesquisa Saúde Sexual e Reprodutiva – representações e práticas de mulheres de baixa renda, promovendo a reflexão feita a partir de um olhar da Antropologia Social sobre os modelos de percepção de saúde, doença e cura e a maneira como esses diferentes modelos se inter-relacionam numa situação de contato social. Para o estudo, foram pesquisadas, qualitativamente, mulheres residentes na favela Monte Azul, localizada na Zona Sul da cidade de São Paulo, que fizeram relatos de sua história de vida, a partir de uma perspectiva de aprendizado e cuidado com sua saúde reprodutiva e utilização de serviços de saúde que lhes são ofertados.

## Análise de Modelos de Saúde: uma abordagem antropológica

Sontag (1984) acredita que, nas sociedades, há uma construção simbólica sobreposta às doenças, que são, normalmente, forjadas por explicações “primitivas” sentimentais ou sobrenaturais dadas pela população (p.7). A autora acredita que o fenômeno “doença” possa ser depurado dessas construções metafóricas que o rodeiam, liberando seu aspecto intrínseco, tal como realidade. Desta forma, a ciência verificaria a veracidade da doença para lidar com seu aspecto essencial.

Com outra interpretação, Laplantine (1986) discorda da autora ao afirmar que o próprio discurso científico também se constitui como um modelo construído socialmente a partir de uma determinada lógica de interpretação da realidade. Todas as explicações ou concepções de doença ou saúde seriam, portanto, construções “estruturantes”, inclusive o modelo médico-científico. A Antropologia da Saúde teria como tema a tarefa de percebê-los em suas dimensões sócio-culturais, verificando suas representações e práticas, analisando como dado grupo social as concebe. Segundo o autor, a forma de perceber a doença explica as técnicas e rituais terapêuticos que cada sociedade vai criar e considerar adequadas para tratá-la (p.11).

Na prática, os estudos antropológicos têm se dividido entre: estudos de etnomedicina, investigando medicinas não-científicas em sociedade tradicionais; estudos de sociomedicina ou sociologia médica, que estudam os sistemas adotados pela medicina científica; e estudos de psicologia

médica, que abordam fenômenos a partir de apreensões e pontos de vista dos doentes, tanto em sociedades tradicionais, como em sociedades urbanas modernas.

A partir de uma análise da diversidade de discursos de saúde existentes, Laplantine realiza a classificação desses modelos a partir da **etiologia das doenças** (formulações sobre sua origem) e por **modelos de cura** que adotam. O modelo de cura, segundo o autor, serve sempre à lógica do formato etiológico, de forma a respondê-lo. Entre as explicações para doença, autor verifica: o modelo racional (ou funcional), que vê a doença como desordem orgânica; o modelo endógeno, que vê a doença como produção do próprio corpo; o modelo exógeno, que vê a doença como algo externo e “invasor” ao corpo; e o modelo benéfico/maléfico, que vê a doença como reação de forças malélicas/benéficas que agem sobre o corpo. Quanto aos modelos de cura haveriam: o homeopático, que busca o re-equilíbrio interno do corpo; substrativo, que busca extrair o elemento causador da doença; o adocista, que vai agir contra o mal que está provocando a doença; e o excitativo, que visa estimular o corpo a responder contra a doença.

Tais modelos não seriam produtos de percepções individuais, mas coletivas, na medida em que explicitam como determinada cultura de grupo ou sub-grupo interpreta os fenômenos e transmite tais representações para seus membros. Assim, os modelos adotados pela sociedade são formatos, “normas”, interpretativas que justificam e sancionam uma “ordem social” e cuja formulação, enquanto constructo inconsciente, não é percebida pelos indivíduos; as explicações verbalizadas (“nativas”) seriam sempre repletas de vieses devido à crença de quem os expressa. A análise científica das mesmas necessita, assim, ser externa aos padrões explicativos de seu contexto cultural e examinar as estruturas de produção do pensamento e do discurso.

A própria formação do discurso da Medicina Ocidental Moderna pode ser percebida através de suas influências: Hipócrates, que determina a existência do ser “doença”, que pode ser reconhecido por seus sintomas. Neste sentido, a doença não é o próprio ser doente, mas

<sup>1</sup>Socióloga, Mestre em Antropologia pela Universidade de São Paulo e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: reginafigueiredo@uol.com.br

um ser estranho, um “outro”. Essa interpretação termina por promover a revolucionária disassociação corpo (que está infectado por algo) e alma (o ser). A esta percepção, Galeno acrescenta a delimitação da medicina como um conjunto de “princípios lógicos”, uma técnica sistematizada, para lidar com esse outro ser animado, que tem ação própria. Por isso, os princípios lógicos da ação de cura devem ser verificados no próprio corpo (diagnosticado), conforme Paracelso, que deverá ter o seu funcionamento orgânico restabelecido, tal como concebe o naturalismo médico de Descartes (LAPLANTINE, 1986, p.36). Não é à toa, o conjunto de respostas adotados na terapêutica da Medicina Moderna Ocidental prevê a regulação da doença por tratamentos mecânicos e hiperintervencionistas quanto à terapia, procurando restaurar a ordem (o normal) almejada (FOUCALT, 1998).

Fabrega (1974; 1977), acerca dos discursos relativos à saúde, também havia classificado três tipos de sistemas explicativos de saúde-doença: os biomédicos que se baseiam na Natureza, que denominam na epistemologia psico-química; os psicológicos (psicologia, psicossomática, psicanálise) e os relacionais (sócio-médicos). O autor chama a atenção, que, numa mesma sociedade, esses diferentes sistemas podem conviver temporalmente. Desta forma, sistemas de saúde-doença-cura não se constituem como fatos isolados em si, mas necessitam de uma interpretação meta-cultural de sua lógica de funcionamento.

### **Interações entre Modelos de Saúde, Doença e Cura**

A perspectiva construcionista dos modelos de saúde, doença e cura remete à questão de que não existe, a priori, um sistema interpretativo correto ou “mais real” que outro, já que todos são produtos de formulações culturais. Isso remete à necessidade de interpretações mais complexas e relativistas destes, bem como ao questionamento de suas certezas e implantações. Ao mesmo tempo, remete à questão de como esses sistemas baseados em representações interagem e se transformam.

Com o objetivo de realizar um estudo sobre interações entre modelos de saúde, a pesquisa “Saúde Sexual e Reprodutiva: Representações e Práticas de Mulheres de Baixa Renda” (FIGUEIREDO, 1999), buscou analisar os modelos de saúde adotados por mulheres da periferia de São Paulo, residentes na Favela Monte Azul, que tinham trajetórias próprias ou ascendentes de migração de outras regiões mais pobres do país e contato com os serviços de saúde pública atuais. Essa característica é comum à maior parte da população da periferia das grandes cidades brasileiras, na geração atual ou imediatamente acendente.

Somada à problemática desse contato com sistemas de explicação sobre a saúde tão diferentes, a população estudada possui um diferencial “exacerbador” desse fenômeno de interações, pois dispõe de um serviço local e gratuito com proposta antropológica, com filosofia, ora comple-

mentar ora antagônica, aos demais discursos de saúde.

### **Metodologia**

Em Antropologia, considera-se que as práticas, representações e estratégias dos indivíduos são fruto de seus valores culturais e da forma como a cultura orienta a percepção das realidades externas à pessoa (GEERTZ, 1989). Porém, diferentemente das análises estruturalistas, que tendem a sub-estimar as interpretações nativas dos acontecimentos e procuram identificar a matriz estrutural que contém os comportamentos e suas relações, fez-se a opção de valorizar os indivíduos como “agentes”. Nesse sentido, a perspectiva de comportamento inconsciente teorizada por Lévi-Strauss e Mauss (LÉVI-STRAUSS, 1976; 1974) não foi abandonada, mas o estudo procurou revitalizar a existência e a presença do indivíduo nos acontecimentos históricos.

Bourdieu ressalta que os indivíduos estão, através da prática, reiterando proposições sugeridas por estruturas passadas pelo “habitus”. Portanto, apesar dos gostos e preferências, assim como o estilo de vida, estarem pré-dispostos por valores e comportamentos absorvidos na socialização da pessoa, é no momento singular em que o fato ocorre.

Assim, a abordagem teórico-metodológica utilizada foi fundamentada no trabalho etnográfico, procurando perceber práticas, imaginário e lógicas da população estudada e, se possível, também, suas estratégias de procura e adaptação às diversas condutas de saúde sexual e reprodutiva vividas; a observação das práticas e estratégias que, segundo Geertz (1989), refletem de forma explícita a sua cultura. Assim, foram realizadas observações não-participantes da vida da comunidade e entrevistas individuais em profundidade com nove mulheres moradoras da Favela Monte Azul, de 16 a 50 anos, obedecendo o critério de saturação de modelos de informações. Após a averiguação de alguns aspectos relevantes na análise, também foi montado um grupo de entrevista com outras onze mulheres.

A análise do material foi realizada em torno de treze tópicos definidos pela pesquisadora, após a leitura integral das entrevistas.

- Condições de Saúde no Local onde Nasceram e Foram Criadas
- Saúde Sexual e Reprodutiva no Local de Origem/Criação
  - Forma de Criação
  - Percepção do Próprio Corpo, Conhecimento do Ciclo Menstrual e de Risco de Gravidez
  - Mudança para São Paulo e Contato com a Rede de Saúde
  - Contato e Aceitação do Ambulatório Monte Azul e sua Proposta de Trabalho
  - Atendimento Ginecológico e Contracepção
  - Atendimento às Gestações e Casos de Aborto

- Atendimento ao Parto
- Pós-Parto e Amamentação
- Relacionamento Conjugal, Divisão de Tarefas e Perspectivas para a Educação de Filhas e Filhos
- Favela Monte Azul: Trabalho Comunitário e Equipamentos – Melhoria das Condições de Vida

## Resultados

Observou-se que, de forma geral, os relatos se diferenciavam profundamente com relação ao local de ocorrência ou referência do assunto tratado, demonstrando que a experiência de vinda ou de nascimento em São Paulo, diferia drasticamente das demais que se situavam em locais rurais ou de pequenos municípios de Minas Gerais e Nordeste Brasileiro. Dessa forma, os resultados apontaram dois modelos distintos de cuidado com a saúde e suas respectivas características:

Tradicional <sup>2</sup>	Institucionalizado
1. Serviços de Saúde quase inexistentes e de longa distância	1. Serviços de Saúde Pública mais disponíveis
2. Uso de medicamentos indicados por farmacêuticos (muito presente)	2. Uso de medicamentos indicados por farmacêuticos (muito presente)
3. Uso de ervas e chás de mato.	3. Uso de ervas chás, quando encontrados
4. Uso de ervas, farmacêutico ou hospital só depois que doença, evento ou problema se instalam.	4. Apenas algumas mulheres adotam medidas anteriores à aparição da doença, problema ou evento.
5. Prevenção é só alimentar ou com benzimentos e rezas, geralmente para "mau-olhado".	5. Algumas continuam a utilizar benzimentos e rezas e quase todas fazem prevenção alimentar.
6. Falta de informação sobre menstruação e prevenção de gravidez.	6. Mais acesso a informação sobre menstruação e gravidez.
7. Gravidez no fim da adolescência com formação de casal a partir da gravidez.	7. Gravidez no fim da adolescência com formação de alguns casais a partir da gravidez, outros não.
8. Rara utilização de métodos científicos para evitar a gravidez.	8. Uso de métodos científicos para evitar a gravidez, geralmente após primeiro filho.
9. Uso de plantas para "descer a menstruação", orientadas por mulheres mais velhas.	9. Abortos com remédios e clandestinos.
10. Partos realizados por parteiras populares da região, geralmente amigas ou parentes.	10. Partos realizados por profissionais especializados: - hospitais (partos normais e cesáreas) - parteira em casos de parto normal (especificidade da Favela Monte Azul).
11. Relação homem-mulher tradicional na divisão de tarefas. Mulheres em casa e com os filhos, homens na roça. A participação da mulher na roça é considerada "ajuda" e não trabalho.	11. Relação homem-mulher tradicional na divisão de tarefas domésticas. Algumas mulheres mais jovens que trabalham fora e homens começam a participar do trabalho doméstico.
12. Falta diálogo sobre sexualidade entre casais.	12. Falta diálogo sobre sexualidade entre casais.
13. Educação dos filhos repete a educação dos pais.	13. Educação dos filhos tende a repetir a educação dos pais, mas às vezes há mudanças.
14. Mulheres com informações de DSTs locais, mas há pouca expansão em redes de relações sexuais.	14. Mulheres com poucas informações sobre DST e mais sobre AIDS, em redes de relações sexuais mais amplas.
15. Estabilidade de parceiros que são trocados geralmente apenas por migração.	15. Maior instabilidade de parcerias e troca de parceiros por vários motivos.

No modelo tradicional, segundo Oliveira (1984), as pessoas "...tem uma maneira peculiar de influir na

natureza, visando extrair dela recursos e benefícios..." (p.17). Esse aspecto certamente se reflete no cuidado com a saúde, que "...oferece respostas concretas aos problemas de doenças e sofrimentos vividos no dia-a-dia e aproxima e fortalece as relações sociais entre as pessoas, já que pressupõe ajuda e solidariedade" (p.8, 9). A autora denomina esse conjunto de práticas de "Medicina Popular" porque se realiza em diferentes circunstâncias e espaços por diferentes pessoas: pais, tios, avós, benzedeiros, médiuns, raizeiros, ervateiros, parteiras, etc. Assim, verifica-se que o modelo pressupõe menor hierarquia entre o "curador" e o doente e maior acesso aos meios de cura.

No modelo institucional, há transferência dos saberes e recursos para uma medicina oficializada e embasada pela profissionalização de especialistas que detectam e prescrevem a cura a leigos, inaugurando uma hierarquia relacional entre o curador e seu "paciente" e a maior dificuldade de acesso a meios de cura. Por outro lado, passam a ser preconizadas condutas preventivas de estilo de vida e comportamentos que se associam aos riscos de saúde.

## O Modelo Antroposófico Local – um adicional na interpretação e procedimentos de cura

A Favela Monte Azul conta com a Associação Comunitária Monte Azul (ACOMA), organização não-governamental que atua como captadora de recursos e gerenciadora dos projetos sociais na comunidade. Além de creches, oficinas padarias, etc, essa instituição mantém o Ambulatório, que, na ocasião da pesquisa, realizava atendimento pediátrico, odontológico, gineco-obstetrícia e parto, além de massagem rítmica e quirofonética, exames gestacionais e ginecológicos e atendimento ao parto, que chegava a 90% dessas ocorrências entre as parturientes da favela (FOLHA DE SÃO PAULO, 1997).

Os preceitos da atenção em saúde no modelo antroposófico, utilizam técnicas da Medicina Ocidental Moderna (procedimentos, medicamentos, contraceptivos e exames), em composição com os medicamentos de base fitoterápica, disponíveis no próprio serviço, e uma concepção de saúde e doença, que procura integrar a análise do organismo (corpo) e condições psicológicas (espírito) (PINTO; BLAICH; CRAEMER, 1990), tipificando-os através da análise de perfis baseados na teoria dos humores de Rudolf Steiner, que inspirado nos autores da Grécia Antiga, divide os "temperamentos" humanos predominantes, entre: sangüíneo, colérico, fleumático e melancólico (STEINER, 1994).

Na prática percebe-se que os pacientes são "entrevistados" sobre vários aspectos de sua vida e forma de ser, permitindo uma análise que denominam "integral" de sua condição de saúde, porém não há uma preocupação muito explícita em estar repassando tais concepções à população, apenas utilizando-se delas na interpretação do caso e nas opções de tratamento.

## Interação de Modelos de Cuidado com a Saúde

A migração das famílias das entrevistadas para São Paulo ocorreu no grande fluxo em busca de emprego, ocorrido durante a década de 70, período em que a organização social da medicina no Brasil se voltou preferencialmente para o atendimento à força de trabalho, em resposta à demanda específica do sistema produtivo (NOGUEIRA, 1994). Esse fato é interessante porque, segundo as pesquisas de campo realizadas por Bosco (1981), 60% também alegaram motivos de saúde para sua migração.

De qualquer forma, atualmente, o comportamento característico da maioria das entrevistadas é de procura das instituições de saúde após o agravamento das doenças ou, no caso reprodutivo, na busca desses serviços a partir do meio ou fim da gestação, procurando preparar-se para o parto. Não há, em geral, um comportamento preventivo, assim como, esse não era comum na estrutura de vida anterior à vinda para São Paulo, da qual pertenceram elas mesmas ou seus parentes ascendentes.

O contato proporcionado pela migração com relação aos diferentes modelos de saúde, motivou arranjos distintos na vivência prática deste público. Foram observados e nomeados na pesquisa os fenômenos de:

- **resistência:** onde há manutenção do comportamento e orientação do modelo de saúde anterior de criação e rejeição dos propostos no novo modelo. Como exemplo, a não aceitação dos remédios antroposóficos por algumas depoentes ou seus familiares:

“...porque os remédios da Wellela são iguais, a caixa é igual. Achavam que estavam levando o mesmo remédio...”

(V., 24 anos)

Ou ainda, a recusa de ida para a maternidade de uma entrevistada após ter realizado quatro cesáreas, justificada pela mesma, devido à esperança de ainda ter um parto normal.

“Entrevistadora - Você sempre chamava a parteira? Não ia para o hospital?”

S - Não, porque tem mulher que faz cesárea e depois ganha normal. Porque eu ia perder as esperanças! ...”

(S., 28 anos, 4 filhos nascidos em partos cesáreos)

- **adesão:** onde há alteração do comportamento anterior, de criação, frente às propostas de um novo modelo de cuidado com a saúde. Como exemplo, observa-se a adesão aos medicamentos homeopáticos distribuídos, ou a adesão à colocação de DIU (Dispositivo Intra-uterino), verificado como método contraceptivo utilizado com predomínio entre as mulheres da localidade e à esterilização cirúrgica feminina, opção de grande parte dessas mulheres.

“Entrevistadora - E depois que você teve filho, qual método

para evitar que você usou?

T - O DIU.

Entrevistadora - E você está se dando bem com ele?

T - Ótima. (...) A parteira do Ambulatório falou, e o pessoal de lá também... (...) Que o DIU era melhor. Então eu pus”.

(T., 21 anos, um filho)

- **fusão:** onde ocorre a mistura de práticas ou comportamentos do modelo de saúde anterior de criação com os propostos no novo modelo. Como exemplo, temos o uso de remédios antroposóficos e remédios de farmácias comerciais, frente à permanência do uso de ervas e benzedadeiras, mesmo com a residência na favela.

“Entrevistadora - E você usa esses remédios antroposóficos, do ambulatório também?”

S - Uso, quando dá febre. Só quando eu vejo que não passa mesmo, eu vou no médico fora. Mas faço compressa, dou chá com limão...”

(S., 28 anos, vinda de Minas Gerais com os pais, quando tinha 7 anos)

- **re-estruturação:** onde ocorre a aparente apropriação do comportamento ou proposta do novo modelo de saúde, mas o significado e o sentido das ações condizem com o modelo de saúde anterior, de criação.

M. teve um problema amamentando, seu seio inflamou e ela fez todos os tratamentos prescritos, até operou os canais da glândula mamária. Sabe que não pode amamentar quando dá a luz. No fim de seu relato sobre esta questão de saúde, ela desabafa, aparentemente de forma involuntária: acha que seu problema ocorreu porque o primeiro filho arrotou no seu seio enquanto mamava. Sua crença íntima é essa, apesar de ter se submetido aos mais variados tratamentos; tem consigo a explicação que faz mais sentido para si:

“M - Diz que tirou um pedacinho, porque essa glândula que tinha inflamado. Mas até hoje eu tenho problema, eu não posso... Meu seio enche de leite, mas eu não posso porque está inflamado.... não adiantou nada, naquele tempo eu, você sabe, eles passavam antibiótico caríssimo, então não cheguei a tomar o tal que o médico me mandou, .... não sei se é porque o menino arrotou, porque eles falam que criança que arrota no seio inflama. O menino arrotou”.

(M., 28 anos, 3 filhos)

Outro exemplo, citado por quase a totalidade das entrevistadas, que exemplifica o fenômeno de “re-estruturação”, foi observado no relato de opção pelo parto humanizado do Ambulatório local, onde se escolhe a posição para parir, com poucas interferências tecnológicas, na busca de um ambiente mais acolhedor e interativo entre mãe e filho e, se possível, também para o pai presente. As falas das mulheres trouxeram um significado completamente diverso ao preconizado no serviço, mas que justificava a mesma opção prática na hora do parto: o descontentamento da forma como são tratadas por

seus parceiros ou maridos e a reafirmação do desejo de mudança nas relações que estabelecem com eles. Elas afirmam querer o parto na favela pelo desejo do marido acompanhá-las neste momento: “pra ver a dor”, “pra ver como a gente sofre”, “pra ver se dá mais valor”, “pra ver se respeita mais”; reclamando de seu status-quo menor e desvantajoso frente aos parceiros, fruto das desiguais relações de gênero e utilizando o evento “parto” como potencial para mudanças.

Verifica-se que essas quatro resoluções encontradas na pesquisa, fruto da inter-relação ou comunicação entre modelos de práticas de saúde distintos, convivem na maioria das vezes paralelamente, conforme o aspecto ou cuidado com a saúde que a pessoa está realizando, como já haviam observado Loyola (1977), Montero (1983) e Queiroz (1991).

Em estudo específico sobre o parto, Martin (1992) classificou seis estratégias utilizadas pelas mulheres frente ao sistema de saúde neste evento: “aceitação”, “lamentação”, “não-ação”, “sabotagem”, “resistência” e “rebelião”. As duas primeiras dizem respeito à incorporação acrítica ou conformista da ação médica no parto, as três últimas são formas distintas de práticas de resistência. Como o estudo aqui descrito não focou apenas o parto, foi possível perceber que a adoção das diferentes alternativas de resposta-conduta entre modelos de saúde dependem de uma possibilidade de ação que seja viável ao indivíduo, o que nem sempre se mostra possível ou perceptível, como por exemplo a alteração na relação com o parceiro. Nesse sentido, surgem arranjos imprevistos que “transfiguram” significados iniciais aparentemente de aceitação em práticas “ativas”, demonstrando que, conforme as necessidades reais, o poder de manipulação dos indivíduos sobre as interferências externas que lhes são colocadas é acionado. A perspectiva da “aculturação” passa a ser substituída por “troca” e “comunicação”, considerando todos os diferentes atores que compõem a relação, como sujeitos de ação.

### Considerações Finais

Notar as especificidades de como os grupos culturais se apossam de determinadas circunstâncias ou fatos trazidos pelos avanços da medicina, não impede que se avalie sua participação nas elaborações sobre sua própria saúde, visto que percebemos que a necessidade do serviço de saúde e o uso da indústria farmacêutica são crescentes nos mais diferenciados grupos sociais, mesmo assumindo funções diferentes, desempenhando um papel importante na vida dessas pessoas. Porém, cabe integrar ao exercício da promoção da saúde a adequação aos códigos e simbologias existentes nas diferentes localidades ou grupos locais, procurando relativizar seu discurso, suas práticas e metodologia de ação, na perspectiva de atender as noções de saúde e bem-estar de cada um desses grupos, compreendendo essa função de complementariedade das diversas práticas e formas de

significação que venham a surgir, de forma a construir uma ação de saúde conjunta e participativa.

### Referências Bibliográficas

- BOSCO, S.H. **Migrações e Saúde - um estudo exploratório na cidade de São Paulo**. São Paulo, Dissertação [Mestrado] - Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo, 1981.
- FABREGA, H. **Disease Behaviour: na interdisciplinarity perspective**. Londeres: Mit Press, 1974.
- FABREGA, H. The scope of ethnomedical Science and Social. In Cultrve, **Medicine e Psychiatry**, 1977. voel. 1-2, p.201-228
- FOLHA DE SÃO PAULO. Caderno São Paulo, 9/3/97. p. 2
- FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1998.
- GEERTZ, C. **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 1989.
- LAPLANTINE, F. **Antropologia da Doença**. São Paulo: Martins Fontes, 1986
- LÉVI-STRAUSS, C. **Antropologia Estrutural I**, Rio de Janeiro, Ed. Tempo Brasileiro, 1976.
- LÉVI-STRAUSS, C. Introdução - A Obra de Marcel Mauss. MAUSS, M. **Sociologia e Antropologia**, São Paulo, EPU, 1974.
- LOYOLA, Maria Andréa (Org.). **Medicina Popular e Sistema Paralelo de Saúde**, Rio de Janeiro, IMS/UERJ, 1977. Relatório de Pesquisa.
- MARTIN, E. **The Woman in the Body - a cultural analysis of reproduction**. Boston: Beacon Press, 1992.
- MONTERO, P. **Da Doença à Desordem**. Tese [Doutorado] Universidade de São Paulo, São Paulo, 1983.
- NOGUEIRA, M.I. **Assistência Pré-Natal: prática de saúde de a serviço da vida**. São Paulo: Ed. HUCITEC, 1994.
- PINTO, E.F., BLAICH, M. e CRAEMER, U. **Medicina para Quem? um exemplo de atuação médico-social: alternativa entre massificação e elitismo**. São Paulo: Ed. Antroposófica, 1990.
- QUEIROZ, M.S. **Representações sobre Saúde e Doença - agentes de cura e pacientes no contexto do SUDS**. Campinas: Ed. da UNICAMP, 1991.
- SONTAG, S. **A Doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.
- STEINER, Rudolf. **O Mistério dos Temperamentos - as bases anímicas do comportamento humano**, São Paulo, Ed. Antroposófica, 1994.

# Imaginário Cultural, Comportamentos e Comunicação em Saúde

Regina Figueiredo<sup>1</sup>

## Introdução

Este artigo procura tratar de situações comuns que exemplificam ocorrências que profissionais de saúde já possam ter enfrentado, com respeito às representações sociais do público e, portanto, de sua subjetividade, que repercutem na interpretação, recriação e comportamento que realizam com relação à saúde.

Foram escolhidos ‘casos’ recolhidos nos últimos 20 anos, anotados aleatoriamente em diversas pesquisas, observações, ou conversas com profissionais da área, que remetem à importância de se realizar uma “interpretação cultural” de seu público quando se busca estabelecer ações de promoção ou atenção à saúde.

## Relato de Algumas Situações

Caso 1: ““X” foi ao ginecologista e colocou o DIU (dispositivo intra-uterino).

Pouco tempo depois, seu marido passou a ter dificuldades de ereção. Ele realizou diversos exames, que constataram o funcionamento regular de seu organismo.

O problema só foi resolvido quando “X” tirou o DIU, passando a utilizar outro método contraceptivo”<sup>2</sup>.

Caso 2: “Um senhor negro, motorista de ônibus, acabou revelando num grupo educativo de prevenção de aids, que se sentiria ridículo caso utilizasse a camisinha, que deixa o seu pênis “branco””<sup>3</sup>.

Caso 3: “Uma renomada indústria farmacêutica resolveu fazer uma campanha em serviços públicos para a coleta de hormônios via urina de gestantes. Afixaram cartazes dizendo “Doe urina!”.

Após alguns meses de campanha, funcionários de unidades de saúde recebiam de pessoas felicíssimas, garrafas com urinas de cachorro, crianças, homens e mulheres adultos”<sup>4</sup>.

O que todos esses casos têm em comum? O que revelam? Qual a lição que trazem para uma mudança de postura na forma de interpretação, ação e comunicação de profissionais de saúde frente a seu público?

Resumidamente, pode-se dizer que salientam que a cultura dos indivíduos “molda” o imaginário desses sujeitos, suas interpretações de mundo e seus comportamentos. Por isso, precisa ser compreendida minimamente por quem deseja realizar uma ação que os atinja, evitando desencontros, desacordos e situa-

ções, muitas vezes, ridículas, o que se aplica inclusive à área da Saúde. Aponta, também, a necessidade de que enxerguemos as características do “outro” com quem nos relacionamos e, muito mais, que vislumbremos a sua lógica de pensamento.

## Análise dos Casos e Outros Exemplos

A Antropologia vem apontado que as construções simbólicas de cada cultura formam as concepções e representações de mundo de seus indivíduos (BOURDIEU, 1989). Essas construções não são necessariamente objetivas, ou percebidas e verbalizadas pelas pessoas; podem estar refletidas na forma de organização de seu pensamento e nas formas de captação e classificação da realidade, expressas inconscientemente, como bem demonstrou Lévi-Strauss (1976a; 1976b), construindo categorias e lógicas diversas de interpretações e ações entre uma cultura e outra.

Além do pensamento e categorias de classificação da realidade, Marcel Mauss (1974) já havia observado que a cultura é responsável pela “construção” (ou “fabricação, como diria Viveiros de Castro (1979)) dos próprios corpos, da forma de ação destes, seu desenvolvimento, expressões e noções de bem e mal-estar e dor. Bourdieu (1989) adiciona a esta “engenharia” feita pela Cultura, a construção do que denomina *ethos*, ou seja, o jeito de ser das pessoas, com a sua conseqüente manifestação no mundo, posicionamento diante dos outros indivíduos, além das próprias expectativas de vida e estratégias utilizadas para alcançá-las.

Assim, a Cultura, deliberadamente, nos molda, ela está “em nós”, “somos ela”, enquanto indivíduos que transmitem modelos de ação, interação, organização e percepção. A mudança cultural pressupõe uma mudança nos indivíduos e vice-versa, por isso é tão lenta e difícil. Há a tendência à reprodução dos modelos internalizados entre as gerações, desde a infância.

<sup>1</sup>Socióloga, Mestre em Antropologia da Saúde e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: reginafigueiredo@isaude.sp.gov.br

<sup>2</sup>Caso apresentado em congresso pela ginecologista, terapeuta e educadora sexual Mari Celeste de Moraes Ferreira, de Salvador (FERREIRA, 2006).

<sup>3</sup>Caso relatado por Lara Guerriero, observado em intervenção educativa de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e AIDS com motoristas de ônibus da Zona Sul da cidade de São Paulo.

<sup>4</sup>Caso observado pela autora em serviços municipais de saúde no município de Santo André (São Paulo), em 2003.

Transferindo essa noção para a análise dos casos relatados:

- Caso 1: O que se passa com o marido de "X" para que ele perca a ereção, após ela ter posto o DIU?

Poderíamos entrar numa explicação psicológica sobre a expectativa do exercício da sexualidade como geradora de vida, etc. Porém, verificando que a maioria dos maridos de mulheres que usam DIU não reflete essa mesma reação, é possível interrogar: será que foi a falta de possibilidade de engravidar a parceira que provocou tal reação?

Dado que a situação de não-ereção relatada não ocorria com o uso de pílula anticoncepcional oral e foi resolvida com o retorno a esta opção contraceptiva, aprofundamos as interrogações: o parceiro desta paciente sabe como é um DIU? Tem conhecimento de onde este dispositivo é colocado? Tem a informação de que o seu pênis não encostará no DIU e que, portanto, este dispositivo não irá machucá-lo?, afetando o principal órgão de sua virilidade? Como será que pensa o órgão sexual feminino?, a vagina?

Nesse caso, podemos lembrar que os modelos biológicos de aparelho sexual divulgados socialmente pela escola ou em folhetos têm muito pouca ligação com o órgão sexual de uma relação erótica e viva. Desta forma, esses modelos esquemáticos, construídos didaticamente, não costumam ser "transferidos" na vivência relacional e corpórea da relação sexual. Aquele desenho, aquela imagem de recorte frontal, não é um corpo, não é o lugar penetrado ou manipulado no sexo, portanto, não é a vagina de uma mulher.

Pode ser que o marido de "X" esteja inconscientemente com outra concepção sobre esta parte do corpo, ao não ter ereção. Nenhum exame físico ou médico irá constatar ou resolver esse problema, que, aliás não é só dele, mas algo percebido em várias manifestações sobre a forma como as pessoas pensam e sentem a vagina.

Em diversas situações de grupos educativos, observa-se que o pensamento popularizado concebe o órgão sexual da mulher como "muito fundo", "perigoso"; noção provavelmente que reflete nossa cultura, que tenta dificultar a masturbação, o auto-exame e a intimidade da mulher com seu próprio corpo (GIDDENS, 1993). Muita gente ainda desconhece o órgão sexual da mulher, apesar das mudanças culturais que programas educativos vêm promovendo. Esse imaginário está expresso no discurso comum, basta lembrar a incompatibilidade "real" que advoga as vantagens dos grandes pênis e execra as "grandes vaginas". Onde tais pênis caberiam?

Esse caso explicita que **a cultura, constrói a impressão subjetiva da pessoa sobre a realidade, e mais, que reflete as categorias de classificação subjetivamente construídas associadas às coisas, imagens ou seres e sentimentos, desta realidade.**

Outros exemplos podem refletir esse mesmo processo:

- a constatação de que mulheres extremamente católicas do Norte e Nordeste, absolutamente contra o aborto, usam e recomendem ervas que "fazem descer a menstruação", re-classificando procedimentos abortivos categorizados pela ciência, por uma outra categoria aceita em seu universo de representações (FIGUEIREDO, 1995);

- a curiosa reação de algumas pessoas submetidas a apresentação de um material sobre violência que utilizava o lay-out de placas de trânsito e, portanto, com imagens sombreadas em preto, que terminou sendo descrito como "racista" pelos pré-testantes, que associaram as imagens humanas sombreadas a pessoas negras, provocando a mudança de lay-out universal de placas para pessoas azuis<sup>5</sup>;

- a mulher de uma comunidade "isolada" do Pará que perdeu o marido por acusação de adultério, após ter tido um filho "japonês" (apesar de orientais ou seus descendentes, nunca terem ido ao lugar). Soube que seu filho tinha síndrome de down, após cinco anos, por meio de diagnóstico de profissional de Saúde da Família, já que a mãe nunca havia visto essa anomalia em sua região<sup>6</sup>. Este e outros casos demonstram perfeitamente que **a compreensão da realidade só pode ser feita a partir de categorias pré-existentes no universo de referência do indivíduo, que classifica a realidade a partir de sua experiência cultural anterior.**

- Caso 2: Será que é absurdo o receio deste motorista negro ter seu pênis "tingido" na hora do sexo ao colocar um preservativo que tem, por padrão, de ser meio bege-transparente? O que será que esta não-adesão pode querer dizer?

Fundamentalmente, que a percepção da realidade de si e do outro, a partir da interferência cultural, já explorada no Caso 1, se transforma em comportamento. Ou seja, as pessoas guiam suas práticas a partir de seus referenciais simbólicos e representações de mundo e isso reflete um aspecto positivo em todo ser humano: o de "defender" a sua cultura, confirmando aspectos que lhe foram transmitidos socialmente por seu povo e seus antepassados. É fundamental que esse aspecto de defesa de valores, seja visto, a princípio, como algo positivo, como a expressão de uma "sócio-estima" (FIGUEIREDO, 1999).

Quando promovemos Saúde, falamos muito do auto-cuidado e da auto-estima, motor fundamental para acionar mecanismos de interesse pela prevenção, continuidade de tratamento e expectativa de cura do indivíduo. Essa auto-estima não pode existir com

<sup>1</sup>Experiência vivida pela autora na confecção do Caderno "Prevenção à Violência", da Semina Educativa Ltda, em 2005.

<sup>2</sup>Caso relatado informalmente por médicos do Programa de Saúde da Família de Belém, Pará, nos bastidores do 1º Congresso Cearense de Medicina da Família e comunidade, realizado no Ceará em 2006

a subtração de valores e desrespeito aos referenciais de origem e formação do indivíduo; seria como dizer que ele constrói totalmente autônomo seu eu, sem interferências.

Como já é consenso científico que o ser humano é um animal social, que integra e troca cultura com seus iguais como estratégia de vida, é importante vislumbrar que sua subjetividade não é egocêntrica após a infância, mas social, ou seja, integra os quereres e aspectos de relativos ao seu grupo de pertencimento. Como diz Mezan (1998), nosso eu se constrói frente aos outros, “eu não sou os outros”. Portanto, se a auto-estima é a individualidade situada com um bem-querer, ela dependente de uma “sócio-estima” (FIGUEIREDO, 1999), do bem querer com relação ao próprio lugar, às origens e à visão positiva dos semelhantes.

Qualquer designação de “ignorância”, “desestruturação”, etc (muitas vezes atribuída por profissionais de saúde à cultura popular), não pode trazer benefícios, mas sim contribuir para colocá-lo em situação de “inferioridade”. Essa posição “menor” seria sugerida na relação com um outro que se apresenta como “superior”, marcando a relação por uma desigualdade entre ambos atores sociais, que em nada irá contribuir para a promoção do acesso à saúde. É necessário que as diferenças sejam vistas como distintas formas culturais e nunca como estágios diferentes que precisam ser hierarquizados (LÉVI-STRAUSS, 1976a).

Ao desejar que seu pênis continue preto, o motorista quer, assim, possivelmente adotar uma atitude de confirmação de sua identidade negra, em uma das áreas mais constitutivas de sua auto-estima: sua sexualidade. O promotor da saúde, o governo, a indústria, etc., precisariam estar atentos para esse detalhe, favorecendo a adoção do insumo e, portanto, a prevenção e não procurar modificar sua compreensão racial das pessoas, mas **complementá-la** com as conquistas tecnológicas e processuais que acumulamos no campo da Saúde pela ciência, desenvolvendo um preservativo “negro”, por exemplo.

Vários outros casos podem ser citados ilustrando essa falta de compreensão da atitude do “outro” quando o profissional de Saúde lida com sua clientela:

- São comuns relatos de uso de vinagre, suco de limão, lavagem com duchinha ou até pular depois de uma relação sexual, buscando a não-gravidez (FIGUEIREDO, 1995). Baseiam-se no raciocínio empírico, transmitido por parentes ou amigas, de que é o esperma que engravida, portanto, provocar sua expulsão, tirá-lo da vagina, ou mesmo, limpá-lo com substâncias ácidas ou desinfetantes (já foram relatados até uso de água sanitária e álcool), impediria na sua entrada para “dentro” do corpo da mulher e, conseqüentemente, a gestação;

- A mulher que, orientada a tomar pílulas anticoncepcionais, também introduzia na vagina e dava para

o marido ingerir<sup>7</sup>. Nesse caso ela não apenas seguiu os conselhos do médico, mas complementou com a sua noção de que “quanto mais, melhor”, apesar de não revelar isso para o profissional de saúde que iria recriá-la, desqualificando seus valores e prejudicando seus referenciais;

- O caso da mulher que, indicada por uma vizinha, comeu moela de galinha com fins contraceptivos (FIGUEIREDO, 1998); posteriormente, afirmou com naturalidade ter engravidado pelo uso da moela errada (a de granja ao invés da caipira), refletindo a importância do universo cultural na sua conduta comportamental, manifestando formas de pensar geralmente inalcançáveis aos profissionais ou pesquisadores da Saúde.

Tais exemplos demonstram que a **construção cultural das pessoas guia também seus atos**. O pensamento lógico-concreto (PIAGET, 1969), comum à maioria da população brasileira, que não desenvolve (devido a poucos anos de escolaridade) as noções abstratas de encadeamento lógico-causal inerentes ao pensamento científico, permanece vigente. A ele soma-se, muitas vezes, a construção de outras lógicas pautadas no pensamento mágico, também abstrato (LÉVI-STRAUSS, 1991), que terminam entendendo, explicando e lidando com fenômenos da realidade de forma distinta à da que profissionais da saúde estão habituados.

Essas diferentes lógicas de racionalização vão estar refletidas também na comunicação em saúde, em trocas entre profissionais e seu público:

- Caso 3:

O relato deste caso visa, substancialmente, apontar a falta de comunicação nas ações de saúde. Ao desconhecer o universo de referência alvo, portanto, as formas de pensar e agir de seu público, a campanha “Doe Urina” promoveu um grande engano nas atitudes. Com certeza, a abundância de doações de urinas diversas refletiram a mobilização de uma população de periferia, rotulada socialmente como “pedinte” e que pode, talvez pela primeira vez, ter um papel de ação beneficente para com os outros. Baseia a compreensão da mensagem a partir de sua lógica de mundo, de seu universo de representações.

Segundo estudos de Linguística e semiótica (ECO, 1981) a comunicação se estabelece como “diálogo” entre posições ativas na troca de mensagens compostas de signos e pertencentes a códigos de comunicação. Analisar a comunicação prescinde, portanto, verificar que o sujeito-receptor nunca está em posição de passividade, mas atua na receptividade e decodificação do conteúdo das mensagens. Ele “filtra” e assimila conteúdos a partir de seus próprios códigos

<sup>7</sup>Relato recolhido entre mulheres domésticas, em Camaragibe, Pernambuco, em 2000.

e compreensões.

Assim, para existir “realmente” a comunicação é necessário que o “outro” seja percebido como alguém que está presente e que seu universo simbólico esteja participando do diálogo, senão haverá informações “jogadas” e perdidas no “vazio”, ou totalmente reformuladas (portanto distorcidas em sua meta), por meio de parâmetros de representação da realidade e categorias de quem as recebe. Essa não-comunicação não é incomum:

- A mulher que comeu moela de galinha afirmou não ter contado ao médico que fazia esse uso. Esse profissional continuou a acreditar que ela utilizava pílulas anticoncepcionais (FIGUEIREDO, 1995). Esta usuária de posto de saúde pública em Carapicuíba (estado de São Paulo), justificou sua omissão afirmando que seu ginecologista não acredita na eficácia da moela e afirmaria ser apenas uma “crendice”. Isso demonstra a falta de possibilidade de diálogo com o profissional de saúde, que gera a recusa de fornecimento de informações e elaboração de mensagens;

- A enfermeira que realizou um grupo educativo de prevenção à aids, ensinando a colocação do preservativo num cabo de vassoura e que foi procurada posteriormente por uma usuária com reclamações de que havia engravidado. Ela havia, igualmente, colocado a camisinha numa vassoura posta atrás da porta do quarto, quando foi fazer sexo com seu parceiro, acreditando estar protegida<sup>8</sup>;

- Uma mulher que, com muitas feridas nas pernas, afirmou que seu médico a diagnosticou com “biópsia”, prescrevendo medicamentos caríssimos, que ela passou a usar um dia sim e outro não, para “não acabar”. Como o tratamento não fez efeito, a paciente abandonou o serviço e o uso dos remédios e foi buscar um “pai de santo”, orientada por uma amiga. Ele prescreveu garrafadas de chás para banho para resolver o problema, que seria um “trabalho de mau-olhado”; tratamento que curou inteiramente a referida mulher. Exemplo, este, que reflete com nitidez, não apenas a falta de comunicação do profissional de saúde com a usuária (já que nem o nome da doença foi compreendido e foi confundido com o exame de biópsia), mas a total incompatibilidade da orientação médica com o “mundo real” da paciente (o remédio era muito caro e ela não poderia adquiri-lo).

O último caso apresenta, ainda, a busca ativa (observada em várias situações) de soluções que tenham sentido e que venham em encontro ao universo lógico (fizeram um “trabalho” contra ela), para chegar resolução do problema, situação comum em casos de males psicossomáticos. Foi praticamente a “cura simbólica”, realizada através do diálogo, que tornou passível a compreensão do problema, originando a

cura psíquica (conforto de ser ouvida e assistida) e, por fim, a orgânica.

## Considerações Finais

Assim, **a relação entre profissional e público, entre o serviço e seus usuários, depende do estabelecimento da verdadeira comunicação que englobe, de forma horizontal, diferentes culturas, científica e habitual.** A saúde é promovida na construção de condutas adotadas a partir de “escolhas” pautadas na compreensão do problema, portanto na troca de mensagens nas quais os símbolos e significados, são factíveis e interagem. Por fim, aponta a importância de se considerar a existência, posição, visão e, principalmente, a “razão do outro” (LYOTARD, 1986).

## Referência Bibliográfica

- BOURDIEU, P. A gênese dos conceitos de habitus e de campo. **O poder simbólico.** Lisboa: Divisão Editorial, 1989.
- GIDDENS, C. Foucault e a sexualidade. In: **A transformação da intimidade.** Campinas: UNESP, 1993.
- ECO, H. **O signo.** Lisboa: Presença, 1981.
- FERREIRA, M. C. M. Disfunção erétil após colocação do DIU: estudo de um caso clínico. SBRASH/ PROSSEX. **Anais 13º Congresso Latinoamericano de Sexologia e Educação Sexual.** São Paulo: SBRASH/ PROSSEX, 2006. Cd room.
- FIGUEIREDO, R. Observações antropológicas em uma pesquisa quantitativa. São Paulo: **Saúde Cultura e Sociedade**, nº 1, 1995.
- FIGUEIREDO, R. **Saúde sexual e reprodutiva na Favela Monte Azul: um estudo de caso.** Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.
- LÉVI-STRAUSS, C. Estrutura e dialética. In: **Antropologia estrutural I.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1976(a)
- LÉVI-STRAUSS, C. A ciência do concreto. In: **O pensamento selvagem.** São Paulo: Cia Editora Nacional, 1976 (b).
- LÉVI-STRAUSS. Abertura. In: **O cru e o cozido.** São Paulo: Editora Brasiliense, 1991.
- LYOTARD, J. F. **O pós-moderno.** São Paulo: José Olimpo, 1986.
- MAUSS, M. Uma categoria do espírito humano: a noção de pessoa, a noção do “eu”. In: **Sociologia e antropologia 1.** São Paulo: EPU/EDUSP, 1974 (1934). ()
- MEZAN, R. Identidade e Cultura. In: **A vingança da esfinge – ensaios de psicanálise.** São Paulo: Brasiliense, 1998.
- OLIVEIRA FILHO, J. P. **Sociedades Indígenas e Indigenismo no Brasil.** Rio de Janeiro: Museu Nacional/UFRJ, 1979.
- PIAGET, J. Psicologia e Pedagogia. Rio de Janeiro: Forense, 1969.
- VIVEIROS DE CASTRO. E. A fabricação do corpo na sociedade xinguna. OLIVEIRA FILHO, J. P. Sociedades Indígenas e Indigenismo no Brasil. Rio de Janeiro: Museu Nacional/UFRJ, 1979.

<sup>8</sup>Caso relatado em discussão realizada no COAS Henfil, na Zona Norte do município de São Paulo, e anotado pela autora, em 2000.

# Aspectos Culturais da Violência Doméstica como Problema de Saúde Pública

Silvia Bastos<sup>1</sup>

Martha Lucia Cabrera Ortíz Ramos<sup>2</sup>

Ana Lucia da Silva<sup>3</sup>

Este ensaio é uma reflexão sobre o fenômeno da violência doméstica que se constitui num problema social e de saúde pública e afeta todos os países, independentemente da cultura, do grau de desenvolvimento econômico, atingindo, indistintamente, todos os estratos de uma sociedade cada vez mais multicultural. É tema complexo pela sutileza, pelas ocasiões em que a violência se apresenta e pelos seus agentes trazendo repercussões em todo o círculo doméstico e familiar. Assim, existe um desafio importante no que se refere à incorporação da violência como problema de saúde pública na rotina dos serviços de saúde e no “olhar” dos profissionais desses serviços ao examinarem as questões de saúde dos indivíduos, famílias e comunidades.

A cultura, segundo Morin (2001), é co-produtora da realidade que cada indivíduo percebe. Esta percepção está influenciada não só por fatores fisiológicos e psicológicos, mas também por aspectos históricos e culturais. O conhecimento relaciona-se a paradigmas que selecionam e hierarquizam idéias e informações e, também, acepções mitológicas e projeções imaginárias; desta forma funciona a construção social da realidade. Portanto, o conhecimento se encontra entrelaçado tanto à estrutura cultural, à organização da sociedade, como a sua práxis histórica. “Ele não é apenas determinado, condicionado e produzido, mas também condicionante, determinante e produtor” (MORIN, 2001, p.27).

Ainda, de acordo Morin (2001), desde as primeiras experiências, um indivíduo adquire memória pessoal e interioriza os conhecimentos e princípios sócio-culturais do meio no qual está inserido, que lhes são transmitidos pela família, cultura e sociedade. O indivíduo, assim, não conhece a realidade apenas por si só, mas por essas macro-esferas e em função e por meio das interações estabelecidas entre indivíduos que, por sua vez, regeneram a cultura que regenera tais interações.

Portanto, a cultura é um construto social onde hábitos, costumes e crenças se constituem como socialmente aceitas; não é estático e muda conforme mudam os valores e atitudes das sociedades ao longo da História. No que tange à questão cultura, violência e saúde, percebe-se que a mesma se configura como uma relação complexa que se constitui num desafio para as sociedades devido às conseqüências que este tipo de agravo contra a mulher traz para todos os níveis sociais;

por isso o Estado brasileiro tem criado paulatinamente medidas para seu enfrentamento por meio de uma série de convenções e leis. Nesta perspectiva, a Constituição Federal do Brasil de 1988, ao prever a saúde como direito de todos e dever do Estado, enfoca a obrigatoriedade da presença deste na criação de medidas para prevenir e punir a violência ocorrida dentro da família.

De acordo com pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo (2001), 11% das mulheres já sofreram espancamento. A longa mobilização de entidades representantes de mulheres e de direitos humanos motivou a criação e aprovação da Lei Federal no 10.778/2003, que institui a notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher atendida em serviços de saúde, públicos ou privados de todo o país. O estado de São Paulo, através da Lei nº 12.251, de 2006, dispõe sobre a obrigação da notificação dos casos de violência contra mulher, quando atendida em serviços de saúde de urgência e emergência e cria a Comissão de Acompanhamento da Violência Contra a Mulher na Secretaria de Estado da Saúde. O município de São Paulo, desde 2003, promove a capacitação de equipes da atenção básica, a notificação e a definição da rede de referência para atender mulheres vítimas de violência.

O esforço do Poder Público na orientação de profissionais esbarra em questões culturais que interferem no “olhar” do profissional de saúde, dificilmente superáveis por meio de leis, normas ou programas de capacitação. Ocorre, ainda, que a lei não esclarece ao profissional como captar situações de violência, normalmente não percebidas, nem como deva agir, notificando sua ocorrência em situações onde essa ação prejudica sua própria permanência na comunidade, cuja norma cultural sobre questões de violência, muitas vezes, diferem da norma legal e dos valores e crenças desses profissionais. Sob este prisma, faz-se uma reflexão a partir dos conceitos e visões de Madeleine Leininger (1985) e Edgar Morin (2001), enfocando a questão cultural da violência doméstica e trazendo-a para nosso campo de ação na área da Saúde.

<sup>1</sup>Enfermeira, mestre em Saúde Pública e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: silviabastos@isaude.sp.gov.br

<sup>2</sup>Psicóloga com Aprimoramento no Programa de Aprimoramento em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: marthacor@uol.com.br

<sup>3</sup>Enfermeira, Doutora em Enfermagem e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: analu@isaude.sp.gov.br

## Conceito de violência doméstica

Para Kaufman (1989), os homens vivem a tríade de violência: a violência contra as mulheres ou contra tudo que for considerado “feminino”, a violência contra outros homens, e a auto-violência. A violência exercida pelo homem tem sido tolerada como um fato natural que a legítima e apresenta como fenômeno inato à condição masculina e é transmitida e reforçada pelos meios de comunicação de massa, pelas diversas formas em que se apresenta, e por meio da educação dos filhos.

Iglesias (2000) acrescenta que a violência doméstica refere-se a todo tipo de abuso nas relações entre os membros de determinada família na qual, a pessoa que mantém o poder, abusa de outra que tem menos poder. A autora afirma que a violência no lar caracteriza-se por um desequilíbrio desse poder que coloca o homem em posição de dominação sobre os demais membros da família, lhe permitindo fazer uso da força para manter tal hierarquia; ação revestida de legitimidade à qual todos devem submeter-se.

Documento da OMS/OPS (1998; 2007) afirma que a situação de violência doméstica contra a mulher tem sido comparada à tortura, uma vez que as agressões destinam-se a lesionar não só a saúde física, mas também, a saúde psicológica, visto que as agressões, muitas vezes imprevisíveis, guardam pouca relação com o comportamento da mulher e se repetem semana após semana, se estendendo por muitos anos.

A violência doméstica contra a mulher se apresenta de várias formas, sendo as principais: física, emocional, sexual e patrimonial. Elas se constituem em atos de omissão ou conduta e servem para infringir sofrimentos físicos, sexuais ou mentais, direta ou indiretamente, por meio de enganos, ameaças, coação ou qualquer outro meio, a qualquer mulher, tendo como intenção e efeito intimidá-la, puni-la, humilhá-la, mantê-la sob papéis estereotipados ligados ao sexo, ou recusar-lhe a dignidade humana, a autonomia sexual, a integridade física, mental e moral; ou, ainda, pretendem abalar a sua segurança pessoal, o seu amor próprio ou a sua personalidade, ou diminuir as suas capacidades físicas ou intelectuais.

## Cuidado transcultural e violência doméstica

Leininger (1985, 2001) criou o “Modelo Sunrise” que focaliza o **cuidado transcultural** em quatro níveis, que vão da estrutura cultural e social, passando por indivíduos, família, grupos e instituições. A autora trata neste modelo das dimensões sobre os meios de vida das pessoas e da importância para o olhar sobre as questões de saúde quando se busca trabalhar com temas relacionados a aspectos humanísticos e científicos do cuidado humano, bem-estar e saúde, nos diferentes contextos ambientais e culturais. Para ela, a cultura apresenta quatro características básicas: é um sistema aprendido desde o nascimento através da linguagem e socialização; é compartilhada pelos membros de um

mesmo grupo cultural; têm influência de fatores externos e ambientais; é dinâmica, portanto mutável.

O cuidado transcultural é uma prática “trans”, que considera os valores, as crenças, práticas e normas de determinado grupo para exercer sua interação de cuidado. Este se apóia na idéia de trabalhar a promoção e a prevenção de maneira culturalmente competente, atuando em determinado ambiente, analisando os fatos sob a ótica do grupo e as normas que norteiam suas ações e condutas.

Para trabalhar a prevenção em situações de violência familiar não basta, portanto, oferecer informações; é necessário que exista interlocução com um ou vários **receptores da comunicação** do grupo familiar. Expor um fato novo não implica na sua adoção; é necessário, antes, se apropriar do que faz a pessoa de determinado grupo se ver como um “ser em sofrimento”. O profissional de saúde também deve considerar e identificar os saberes fixados que legitimam práticas violentas na família e para si mesmo, dado que ele também pertence a uma cultura (VARELA, 1999).

Segundo Morin (2001), o conjunto de crenças oficiais, doutrinas reinantes e verdades estabelecidas socialmente, determinam tanto os estereótipos sociais, como os preconceitos, fazendo com que prevaleçam os conformismos cognitivos.

Assim, Leininger propõe a integração dos sistemas genéricos ou folclóricos, profissional e de cuidado (saúde/enfermagem) e três maneiras de agir com base cultural: preservação/manutenção cultural do cuidado; acomodação/negociação cultural do cuidado; e reparonização/reestruturação do cuidado. Para apoiar o “agir” em situações de violência na família sugere-se a aplicação do Sunrise Model no mapeamento das situações da origem das situações de violência nas seguintes dimensões: social, meio ambiente e modo de vida, analisando os fatores da educação, da relação de parentesco, das práticas, da tecnologia, da religião, econômicos, das tradições e das normas legais.

Cada categoria também possui sua cultura profissional que a seu turno interage ou dificulta a interação para composição com outros profissionais e com a cultura do “ser-cuidado”, pois cada grupo constitui um conjunto de padrões de relacionamento com sua clientela ou usuário.

## Considerações finais

A violência doméstica tem como um das suas principais vítimas a mulher, mas crianças e idosos são objeto de atos de violência, que se baseiam em fatores que associam condutas agressivas à condição de homem e passivas à condição de mulher. Tem traços de universalidade, uma vez que afeta a todas as sociedades e é legitimada por códigos religiosos, jurídicos, sociais e culturais, onde a cultura da violência deforma a construção da identidade e reafirma os preconceitos sexuais, as idéias estereotipadas do que é ser homem e do que

é ser mulher; cria, paralelamente, regras e reprodução cultural nas instituições sociais, inclusive na família, que possui a função primordial de transmissão da cultura, reproduzindo os modelos impostos socialmente.

Ainda que a violência se configure por determinantes sociais diversas como a desigualdade, exclusão e diferenças brutais de renda e acesso a bens de consumo, não se pode relegar a importância da relação familiar na perpetuação da cultura e valores que legitimam funções e atitudes violentas.

A família se constitui no primeiro e mais importante grupo de proteção e socialização da criança, cujo dever é o de passar os modelos de comportamento em sociedade e dar proteção a seus membros. Esta transmissão cultural se dá de geração a geração, através dos comportamentos, crenças e atitudes, que são incorporados e mais tarde reproduzidos em todos os espaços sociais de convivência: escola, igreja, partido político, sindicato, trabalho, meios de comunicação. É no seio familiar que a criança adquire as bases do desenvolvimento de sua personalidade e é através da imitação dos modelos familiares que ela interioriza comportamentos e formas de relação a serem seguidos em sociedade. Assim, o menino aprende como ser um homem, marido; a menina, como ser mulher, esposa e mãe.

Ao poder público compete criar mecanismos legais para promover o controle das situações de violência doméstica; aos sistemas de saúde compete promover junto a serviços e profissionais de saúde as competências para a função de aplicá-los na sua prática. A capacitação para atuar diante do problema requer a incorporação de conhecimentos de outras áreas além das Ciências da Saúde.

Apesar dos avanços, ainda há muito a fazer no campo das políticas sociais de desenvolvimento da mulher e na assistência a sua saúde com a amplitude necessária para dar conta do "ser mulher". Todas as recentes modificações geraram novas demandas para as quais os serviços de saúde não estavam preparados. A violência está aquém de ser atendida; quando é, isso ocorre nos danos físicos e emocionais/psiquiátricos, enquanto o agravo de origem continua posto em segundo plano.

Desta forma, é importante ressaltar que profissionais da saúde podem exercer um papel importante na identificação, atenção e prevenção da violência doméstica e este atendimento deve visar os membros diretamente envolvidos. Também, seu entorno ambiental e cultural devem ser considerado para realização de um trabalho contínuo.

### Referências Bibliográficas

- BRASIL. Lei 11.340/2006 (Lei ordinária) de 07/08/2006. Brasília. D.O.U. de 08/08/2006.
- FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **A mulher brasileira nos espaços públicos e privados**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2001.
- IGLESIAS, A.T. **No todo esta dicho: factores psico-sociales y culturales asociados a la violencia con-**

**tra la mujer en la relación de pareja**. Lima: Red Nacional de Promoción de la Mujer, 2000.

KAUFMAN, M. **Hombres: poder, placer y cambio**. Santo Domingo: CIPAF, 1989.

LEININGER, M. (Ed.) **Culture care diversity and universality: A theory of nursing**. New York: National League for Nursing Press. 2001.

LEININGER, M. Teoria do cuidado transcultural: diversidade e universalidade. **Simpósio Brasileiro de Teorias de Enfermagem 1**. Florianópolis: UFSC, 1985. p. 255-276. Anais.

MORIN, E. **O método IV: As idéias, habitat, vida, costumes, organização**. Trad. Silva J.M, da. Porto Alegre: Sulina, 2001.

OMS/OPS Organização Pan-americana de Saúde (OPS). **La Salud de la mujer en las Américas**. Washington, 1985. (Publicación Científica, 488) (1998)

OMS/OPS Organização Mundial da Saúde. **Violencia contra la mujer un tema de salud prioritario**. Disponível em [http://www.who.int/gender/violence/en/violencia\\_infopack1.pdf](http://www.who.int/gender/violence/en/violencia_infopack1.pdf). Acesso em 21 de maio de 2007.

VARELA, Z.M.V. A violência no cotidiano da vida familiar. **Texto & Contexto Enferm**. Florianópolis, v.8, n.2, mai./ago. 1999. p183-88.



# Saúde Bucal e Práxis no Cotidiano dos Serviços de Saúde

Rebeca Silva de Barros<sup>1</sup>  
Gert Ferreira Wimmer<sup>2</sup>  
Carlos Botazzo

## Introdução

Ao receber o tema desta publicação, refletimos sobre a transversalidade que as dimensões: **saúde, cultura e subjetividade**, numa relação de interdependência, estabelecem no cotidiano da própria vida que não se sujeita aos cortes propostos pela ciência para o entendimento da realidade.

O que é saúde? Como a pensamos? Qualquer definição parece não contemplar a complexidade da questão. Saúde não é só ausência de doenças, não é um estado de **completo** bem-estar bio-psico-social que ao ser atingido é mantido. Saúde é o que, então? Pensamos que a questão parece ainda mais complexa quando lidamos diretamente com o ato de cuidar praticado nas unidades de saúde, seja qual for o nível de atenção. Tentaremos nesse texto refletir um pouco sobre a complexidade do ato de cuidar na saúde.

Vários autores já se ocuparam do tema do estrangulamento que o Sistema Único de Saúde (SUS) vem sofrendo e sobre a necessidade de investimentos financeiros e contratações para oferecer maior resolutividade às demandas de saúde. Entretanto, acreditamos que os investimentos financeiros na saúde pública não se bastam para a organização do SUS e que é preciso investir na mudança dos processos de formação profissional. Defendemos aqui o trabalho em saúde enquanto possibilidade de construção de processos dialógicos, onde o profissional discuta um projeto de sociedade e a inserção de suas práticas com a população. A mudança cultural dos serviços de saúde depende de uma reorganização ou numa desorganização dos mesmos e não nos parece possível pensar uma aproximação da cultura e da subjetividade das pessoas, investindo apenas em ações protocolares.

## Saber Ouvir - criatividade no trabalho na(da) Saúde

Acreditamos que a clínica apresentada nas faculdades a nós, cirurgiões-dentistas, ao fortalecer a utilização de protocolos, tende a se distanciar do ato criativo e da dimensão relacional. É como se não sobrasse nada além de técnicas: restauradoras, mutiladoras e preventivistas, enquanto tecnologias para o trabalho. A reflexão sobre a organização do trabalho praticado pela Odontologia aponta, entre outras coisas, para a questão da dicoto-

mia entre o trabalho manual e o trabalho intelectual. Questão essa re-embasada na formação odontológica, preconizando o aprendizado pelas mãos ou “adestramento manual” (BOTAZZO et al, 2006) em detrimento de estimular o cirurgião-dentista a potencializar as competências relacionadas à escuta do usuário e à compreensão da complexidade da realidade social e sua influência na determinação do processo saúde-doença.

Defendemos que o profissional de saúde precisa ocupar espaços fora da unidade de saúde, no intuito de interagir com a sociedade, usando e aprendendo a linguagem que lhe apresentam, procurando sempre reinventar a prática de acordo com as situações propostas pela população local. Nesta perspectiva, acreditamos que sendo o homem o sujeito da História, isto implica em dizer que só o é na História e pela História e, também, na idéia de uma História que só existe como História de sua atividade (VAZQUEZ, 1977). A técnica deve, desta forma, se adequar às condições culturais da população, o que só é possível a partir da interação da equipe de saúde com a mesma.

Relataremos algumas experiências práticas fruto das relações dos autores com diferentes comunidades. Contudo, as compartilhamos não no sentido de gerar protocolos de atuação \_ até por que entendemos que as práticas devem ser desenvolvidas conforme o contexto local para terem êxito \_ mas sim, para fortalecer a idéia de que é possível a construção de uma clínica em Saúde Bucal embasada na construção coletiva da práxis e na cotidianidade da relação com a população. Defendemos a necessidade de permear a clínica com uma postura problematizadora e de construção coletiva.

## Relato 1 – A reconstituição do lugar, suas redes sociais e a ampliação de um olhar sobre a clínica de odonto-estomatologia

Para possibilitar uma ampliação da clínica de odonto-estomatologia é preciso extrapolar os limites de uma clínica dentária, fazendo-se necessário compreender o usuário no seu modo de vida e nas condições sociais em que sobrevive. Esse foi o objetivo do “mergulho antropo-

<sup>1</sup>Cirurgiã-Dentista com Aprimoramento Profissional em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: rebeca\_usp@yahoo.com.br

<sup>2</sup>Cirurgião-Dentista e Especialista em Saúde da Família. Contato: gertwimmer@yahoo.com.br

lógico” realizado em junho de 2007 no, popularmente conhecido, Morro do Macaco, localizado à beira da Rodovia Raposo Tavares, em Cotia - SP.

No imaginário da maioria das pessoas, o que pode existir numa favela? Drogas, loucura, violência. Todas as mazelas da vida parecem residir lá, e só lá. Há certa naturalização na relação entre a pobreza e a criminalidade, a falta de cuidados com a saúde e a ignorância. Todos os dias, os meios de comunicação, transbordam de reportagens sobre a miséria e a violência em detrimento de outros temas como a violência institucional sofrida por milhões de trabalhadores na sua luta cotidiana pela sobrevivência. Existe um esforço da produção hegemônica da mídia de naturalizar a miséria enquanto predestinação à exclusão dos processos decisivos. Infelizmente, a forma tradicional de construção da atenção em saúde também se baseou nisto.

Foram sete dias de imersão na comunidade e, aproximadamente, 40 entrevistas realizadas aleatoriamente e sem roteiro fixo, com crianças, jovens, adultos e idosos. A quantidade parece excessiva, mas teve o objetivo de conhecer o território adscrito de uma Unidade Básica de Saúde (UBS). A reconstituição do lugar e suas redes sociais só foram possíveis a partir da escuta qualificada (BOTAZZO, 1999) e da observação da comunidade. Quantas coisas podem passar despercebidas quando nos enclausuramos num cego e surdo tecnicismo odontológico sem permitir que o “outro” (o usuário) possa contar seu sofrimento, sua alegria ou seu problema e sua expectativa?

Na aproximação com a comunidade percebemos o território como um caleidoscópio. Lá há histórias de vida, sonhos, trabalhadores, tristezas e alegrias. Há o traficante, mas, além dele, existem os representantes populares, o comerciante que é referência para tudo, os funcionários públicos, a merendeira, a rezadeira. Não existe só a boca de fumo, ela existe também. Também existe a Associação Amigos de Bairro, as inúmeras igrejas, os centros de umbanda, as escolas que aos finais de semana oferecem lazer para os moradores, as lan house, responsáveis pela inclusão digital da molecada. Existe o comércio local, com auto-mecânicos, cabeleiros, papelarias, mercados, bioscas e barracas de fruta. Há história de mobilização popular, seja por água encanada, seja pela construção de um hospital público.

“Aquele lugar” tem uma História. Portanto tem uma cultura própria, uma lógica singular de organização social e significação da vida que imprime um olhar próprio da comunidade e seus sujeitos em relação à saúde e aos cuidados com o corpo.

Neste sentido, interessa saber como articular e quais informações sobre o território e seus personagens poderiam subsidiar uma prática de cuidado em Saúde Bucal que respeite os sujeitos e que restabeleça as funções bucais compreendendo-as como funções sociais da boca.

Após essa imersão no território, ficou evidente uma provocação. É importante que a prática odontológica preocupe-se em reabilitar para o trabalho de mastigação e aparência estética - preocupação essa fundamental, sem dúvida, pois restitui a dignidade perdida (SOUZA, 2004) por meio da terapêutica cirúrgico-restauradora; mas seria esse pensamento odontológico suficiente para a realização de uma clínica comprometida com a promoção da saúde e a afirmação da vida em todos os seus aspectos, significados e representações?

## **Relato 2 – Experimentando a transdisciplinaridade da Saúde Bucal**

Certo dia, propôs-se à equipe de Saúde Bucal do UBS da Vila do João, na Maré, Rio de Janeiro - RJ, realizar um grupo de puericultura. No início, ficou claro que a expectativa do grupo era ouvir o pediatra e não o dentista. “Eu queria ouvir o pediatra. Aqui não tem nem cadeira de dentista!”, reivindicou uma das mães.

A atividade coletiva foi iniciada de forma desvinculada de um futuro atendimento clínico pelo pediatra da unidade, já que, habitualmente, os usuários e o próprio serviço atrelam o direito à consulta individual à participação nos grupos programáticos. As pessoas foram esclarecidas que só deviam permanecer no recinto se tivessem vontade, mas que seria um prazer para a equipe poder conversar com elas.

Naquele momento, foi necessário haver um despojamento da identidade autoritária legada aos profissionais de saúde, para que a comunicação pudesse ocorrer. Com este objetivo, realizou-se uma reflexão esclarecendo aos participantes do grupo que poderiam trazer temas do cotidiano para serem debatidos; também que a equipe não estaria ali para ditar regras de higiene bucal, mas para discutir a saúde da comunidade como conviesse ao coletivo<sup>3</sup>. Temas como lixo, política, amamentação, foram abordados, incluindo bucalidade, já que ao final do grupo muitas mães levantaram o assunto sem a necessidade de imposição do mesmo pela equipe.

Compreendemos que a conformação das necessidades se dá de forma social e histórica definida pelos agentes em ato e não por agentes alheios ao processo local (MERHY, 2003). E que o processo de geração de necessidades emerge a partir das diferentes lógicas que atravessam o processo de trabalho em saúde, dependendo dos encontros que acontecem durante este processo. Neste caso, apostou-se que a relação entre a equipe e os usuários seria capaz de gerar, coletivamente, objetos de problematização da saúde que ganhassem pertinência devido a sua condição de pactuação local, ao invés de investir nas surradas técnicas de prevenção a cáries que, de tão repetidas e descontextualizadas, perdem a sua força de conven-

<sup>3</sup>No termo “coletivo” inclui-se a equipe de saúde bucal tendo em vista que há uma interferência direta da equipe no levantamento das questões que afligiam a clientela.

cimento. Os protocolos embora importantes, não se bastam quando se almeja estabelecer processos de autonomia para a construção da saúde.

### **Relato 3 – Construindo a demanda coletivamente**

Na UBS Marcílio Dias, na Maré, no Rio de Janeiro - RJ, como não havia equipe odontológica, as consultas de ordem curativa se realizavam em dois turnos semanais em outras duas unidades.

Os poucos horários para o atendimento geraram dificuldade sobre a decisão de quem atender prioritariamente. Para solucionar o impasse, investiu-se num diálogo com os agentes comunitários de saúde (ACS), no sentido de dar capilaridade às ações da Saúde Bucal. Os agentes passaram a agendar visitas domiciliares, grupos para a discussão com a população sobre saúde bucal e as práticas odontológicas hegemônicas, tais como a lógica de venda de serviços na qual a clínica odontológica se desenvolveu e a correlação disso com o ideário popular de que uma restauração, portanto, um remendo, pode ser resolutivo por si só<sup>4</sup>.

Estes grupos deram origem ao que se denominou “triagem coletiva”, que consistia num encontro entre pessoas que desejavam atendimento odontológico, para que as mesmas pudessem negociar entre si o caráter de prioridade dos atendimentos. Visava-se, a partir da problematização, fazer emergir uma práxis coletiva de organização do serviço de Saúde Bucal.

○ interessante foi perceber que nem sempre os critérios biológicos eram os que prevaleciam. Certa vez, um rapaz informou ao grupo que perderia sua vaga no alistamento militar se não “tratasse de seus dentes em três semanas”, a demanda foi acolhida e ele foi atendido prioritariamente. As pessoas que não fossem prioridade tinham consultas marcadas ao longo do tempo, ou encaminhadas aos serviços de referência quando necessário. Esta prática permitiu um diálogo entre “saber científico e desejo” daqueles que procuravam atendimento odontológico, demonstrando que a práxis pode ajudar no processo de contextualização dos serviços de saúde, bem como fortalecer a tomada de decisões coletivas.

### **Considerações Finais**

Observamos, no trabalho em Saúde Bucal, o predomínio de uma postura autoritária e alienada que resulta da produção de cuidado decorrente do aprisionamento do trabalho vivo em ato pelos protocolos de assistência (MERHY, 2002). Assim, os profissionais passam a interagir pouco com as pessoas desconsiderando suas histórias de vida (SOUZA, 2003), seus projetos de felicidade (AYRES, 2004) e sua relação com o adoecimento. Há um desvio do foco da ação cuidadora quando esta se torna refém de um mecanicismo terapêutico, que em detrimento da escuta qualificada, passa a orientar a clínica pela doença, que toma um caráter de “entidade”.

○ que se deseja, portanto, é politizar as práticas de

Saúde Bucal. O profissional de saúde deve, sobretudo lidar com a arqueologia humana no sentido de criar coletivamente tecnologias de produção de saúde que estejam de acordo com a vontade daqueles a quem os serviços se destinam. Há que se re-inventar cotidianamente as práticas, entendendo que a atenção em saúde se trata de um processo pedagógico onde o erro e o acerto acontecem, fomentando o aprendizado.

Acreditamos, ainda, que é necessária uma re-estruturação da Educação em Saúde Bucal proposta hegemonicamente. As práticas de escovação e discussão de dieta, embora importantes, repetem modelos acrílicos de atenção em Saúde Bucal, que ainda estão aquém de fortalecer processos de autonomia (HAUN, 1982). Portanto, torna-se fundamental a reflexão, no sentido de buscar estruturar serviços de Saúde Bucal que dialoguem com os desejos da população. Pensamos, assim, que os modelos desta área precisam recuperar a capacidade e a qualidade de escuta.

É preciso, também, re-significar a boca enquanto território anátomo-fisiológico permeado de aspectos não apenas biológicos, mas sociais e psíquicos. Pensar uma fisiologia bucal<sup>5</sup> parece perturbador para a Odontologia, pois para compreendê-la é preciso considerar o “paciente odontológico” como um sujeito que “mete” a boca como, onde e em quem quiser. “A boca é depositária de algo oculto sobre o qual convém manter alguma discrição”, diria Botazzo (2000).

É preciso resgatar as funções e representações da boca no corpo e na vida humana, levando em conta que a bucalidade é um produto sócio-histórico resultado de experiências vividas entre razão e desejo. “Somos corpos fazedores e transformadores de um mundo, corpos vivos, num tempo e num espaço experimentando todas as possibilidades emergentes e que nos são de direito” (VERDERI, 2006). É nesse ser e estar no mundo que está a dimensão e a expressão da subjetividade. É num processo de cuidado que seja permeável ao “outro” que pode haver o encontro de subjetividades (do profissional e do usuário).

○ que propomos é uma clínica em Saúde Bucal que busque se aglutinar a outras clínicas e à cultura da população para que, a partir de tais encontros, se tracem estratégias de atenção de forma cotidiana e pactuada tornando os serviços de saúde mais orgânicos às necessidades sentidas pela população. Para isso, é necessário que a equipe de Saúde Bucal ocupe outros espaços dialógicos, além do gabinete odontológico, e que seja feita uma mudança na cultura normativa dos serviços de saúde para uma postura problematizadora e de construção coletiva de saberes frente à vida humana.

<sup>4</sup>Não se fala aqui que as técnicas restauradoras e, até mesmo, mutiladoras, não sejam de suma importância para a saúde da população. Entretanto por si só elas estão longe de uma aproximação do conceito de saúde que se ouviu de uma criança de sete anos: “Alegria”.

<sup>5</sup>Os trabalhos bucais são a “manducação”, que compreende a mastigação propriamente dita. Mas, além dela, o chupar, o sugar, o mamar, o sorver, o lamber, o beijar, consumindo o mundo produzindo, assim, o gosto e o paladar; a linguagem ou a fala – a oralidade – que diz respeito à produção e ao consumo de palavras; e o erotismo, como desfrute liberado e consentido do corpo alheio, como fonte de prazer (BOTAZZO, 2000, 2006).

## Referências Bibliográficas

AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.

BOTAZZO, C. **Da Arte Dentária**. São Paulo: Hucitec, 2000.

BOTAZZO, C. **Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuições ao debate**. *Ciência & Saúde Coletiva*: 11(1): 7-17, 2006.

BOTAZZO, C. et al. **Relatório Final Oficina "Subjetividade e Prática Odontológica"**. 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e 11º Congresso Mundial de Saúde Pública, 2006, Rio de Janeiro, agosto de 2006. Disponível em [http://www.saudecoletiva2006.com.br/oficinas/Oficina\\_Subjetividade%20e%20Pr%Etica%20Odontol%F3gica.pdf](http://www.saudecoletiva2006.com.br/oficinas/Oficina_Subjetividade%20e%20Pr%Etica%20Odontol%F3gica.pdf). [Acessado em 28 jun 2007].

HAUN, R. **Der befreite Patient: wie wir Selbsthilfe lernen können-e. Alternative zum Medizin-Konsum-Kösel**, München, 1982.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

SOUZA, E.C.F. **Bocas, câncer e subjetividades. Patografias em análise** [Tese de doutorado]. Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2003.

SOUZA, E.C.F. **Formação e Trabalho em Odontologia: Ampliar a Clínica para construir uma nova cultura de cuidado em saúde bucal**. [Disponível em: [http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/arquivos\\_enviados/Saude%20Bucal%20Betinha.pdf](http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/arquivos_enviados/Saude%20Bucal%20Betinha.pdf)]. Acessado em 14 fev 2007.

VÁZQUEZ, A.S. **Filosofia da Práxis**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

VERDERI, E. **Dança e Corporeidade**. [Disponível em: <http://www.cdof.com.br/danca2.htm>]. Acessado em 14 dez 2006 11:45.



# Moradia, Corporeidade e Cultura: um estudo sobre formas de subjetividade na favela

Sandra Maria Greger Tavares<sup>1</sup>

## Introdução

É possível promover situações de articulação entre diferentes atores, perspectivas e modos de vida no cotidiano de espaços sociais liminares, como é o caso de uma favela? Como definir saúde e planejar práticas e políticas de saúde sem considerar as especificidades culturais e políticas intrincadas em cada território e experimentadas por cada habitante de determinado espaço social?

## Favela como Espaço de Liminalidade

O espaço da favela pode ser mais adequadamente definido pela idéia de “fronteira” ou “liminaridade” do que pelo conceito de exclusão. A favela ocupa uma linha tênue em que se articulam experiências de exclusão e de inclusão, já que os sujeitos, habitantes desse espaço fronteiriço, encontram-se, a um só tempo, excluídos de um território social dominante e de suas formas de organização e incluídos, às vezes de forma perversa e/ou patológica, em “espaços-entre” e em suas formas inovadoras de sobrevivência e sociabilidade.

A noção de “liminaridade”, proposta no campo da antropologia, fornece subsídios para entender melhor essa situação. Este conceito, de acordo com Turner (1969/1974), refere-se, justamente, às condições (passagens) e pessoas (em passagem) que...

(...) não estão aqui nem lá, são um grau intermediário. Tais fases e pessoas podem ser muito criativas em sua libertação dos controles estruturais, ou podem ser consideradas perigosas do ponto de vista da manutenção da lei e da ordem (p.5).

Quanto aos atributos da liminaridade, o autor sugere que:

(...) são necessariamente ambíguos, uma vez que esta condição e estas pessoas furtam-se ou escapam à rede de classificações que normalmente determinam a localização de estados e posições num espaço cultural. As entidades liminares (...) estão no meio e entre as posições atribuídas e ordenadas pela lei, pelos costumes, convenções e cerimonial (TURNER, 1969/1974, p.117).

## Método: formas de subjetividade na comunidade São José

Em recente tese de doutoramento (TAVARES, 2003), abordou-se a construção e a revelação de formas de subjetividade em espaços liminares de moradia na comunidade São José, situada na favela do Jardim Peri, em São Paulo.

O desenvolvimento desta investigação, no contexto de uma comunidade fronteiriça, justificou-se, por sua relevância social. Considera-se importante observar as vivências de instabilidade no corpo e no espaço, experimentadas, em plena intensidade, pelos moradores de favela: eles enfrentam, a todo momento, riscos que dificultam a manutenção da ilusão de estabilidade. Desta maneira, a vivência cotidiana de situações que ameaçam a sobrevivência permitem visualizar, com certa clareza, o investimento afetivo e social realizado em possíveis espaços de continência psicossocial – como as diversas formas de moradia.

Nesse contexto, a questão do “enraizamento” e do “desenraizamento” revelou-se fundamental para o entendimento das formas de subjetividade e da relação dos sujeitos com o espaço, em São José. Com base na definição de “enraizamento”, proposta por Simone Weil (1979), “todo homem tem uma raiz pela sua participação numa coletividade que conserva vivos alguns tesouros do passado e certos pressentimentos do futuro” (p.317).

Com tal abordagem, o objetivo desta investigação foi contribuir para o conhecimento do processo de construção e de revelação de formas transitórias de subjetividades (individuais e coletivas) concretizadas em locais de moradia (privados e públicos) no espaço liminar da favela. Foram observados os modos predominantes de organização psicossocial do espaço que resultam na construção de moradias e interrogadas as relações dos sujeitos com estes espaços construídos. Em que medida estes modos de apropriação do território articulam experiências de enraizamento e desenraizamento, de inclusão e exclusão no cotidiano?

<sup>1</sup>Mestre em Psicologia Clínica, Doutora em Psicologia do Desenvolvimento Humano pela Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: greger@usp.br

Investigou-se a história habitacional dos fundadores de São José, com o intuito de averiguar o impacto gerado por transformações decorrentes de seu processo migratório - todos são nordestinos – e por sua inserção no ambiente da favela. Foram analisadas, também, as formas de participação desses moradores no movimento de organização comunitária.

O eixo metodológico concretizado neste trabalho foi caracterizado pela preocupação em contemplar a dinâmica de reciprocidade entre sujeito e objeto, nos moldes da pesquisa participante e qualitativa. O trabalho de campo, mediante a participação continuada e detalhadamente registrada, durou aproximadamente três anos. A partir das observações, foram selecionadas para a pesquisa, quatro famílias, entre os fundadores que ainda residem em São José. Elegeram-se como foco de observação o processo de transformação das moradias destas famílias, bem como sua participação na organização do espaço comunitário. Foram colhidos depoimentos dos adultos, no caso, os pais ou responsáveis por cada família, na medida em que estes detêm, de forma mais elaborada, o conhecimento sobre a história, tanto da família, como da comunidade.

Todos os procedimentos, nesta pesquisa, foram objeto de constante revisão quanto ao seu caráter ético, com base nos termos ditados pela Resolução CNS 196/96 (COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA, 2000).

## **A comunidade São José**

Os fundadores da comunidade São José são migrantes e pertencem, quase todos, à mesma família, ou são conterrâneos. Em decorrência do impacto acionado, particularmente, pela experiência de migração, experimenta-se o espaço liminar da favela como espécie de abismo social e cultural. A necessidade de sobreviver e morar num “abismo” promove um tipo de “vertigem psicossocial” nos sujeitos que têm de enfrentar contínuas experiências de exclusão e de inclusão, de desenraizamento e de enraizamento, na transição entre a terra natal e a comunidade de destino.

Coexistem neste abismo-fronteira inúmeros conflitos entre os modos de ser e habitar típicos da comunidade de origem - que sobrevivem na memória dos sujeitos - e os modos de ser e habitar que se configuraram na comunidade de destino. Neste sentido, a amplitude dos espaços de habitar contrapõe-se à exigüidade dos espaços das moradias, o acesso livre às áreas naturais contrasta com o confinamento da natureza.

Os espaços para o lazer, naturais, abertos e amplos, conflitam com o encolhimento ou confinamento de áreas de lazer, em sua maioria, artificialmente construídas. A valorização e o uso da fertilidade da terra para o plantio e a decorrente garantia da subsistência chocam-se com a necessidade de desvitalizar a terra para habitá-la em condições irregulares e, assim, garantir a sobrevivência. Ao mesmo tempo, salta aos

olhos, a inversão nos usos sociais do espaço: festas que se realizavam predominantemente nas ruas passam a ser feitas quase que exclusivamente na privacidade das casas e cultos religiosos anteriormente executados no interior das moradias passam a ser conduzidos em contextos públicos, tais como capelas, igrejas, ou até mesmo na rua.

Talvez o crivo mais significativo que se estabelece na migração da terra natal para a comunidade de destino é a perda da “posse” da terra. Há a memória e a esperança da posse que transformam simbolicamente a invasão em posse, mas não garantem a propriedade.

Outro fator decorrente da transição promovida pela migração, que contribui para a intensificação da “vertigem psicossocial”, refere-se à fratura da família que coloca em jogo a figura do ausente, aquele que ficou ou aquele que se foi. Destaca-se também, no que se refere às formas de organização comunitária do espaço social na Comunidade São José, o predomínio da participação feminina nos movimentos de organização do espaço público e do espaço privado.

## **Migração: sociabilidade de transição e inclusão perversa**

O tipo de sociabilidade que se instaura na comunidade de destino de muitos migrantes revela-se como uma sociabilidade de transição, típica de quem está em trânsito, viajando de um local para outro. O enfrentamento da “vertigem psicossocial”, que daí decorre, coloca em operação, ao mesmo tempo, estratégias solidárias e perversas de inclusão.

Segundo Martins (2002), temos de nos preocupar com as formas perversas de inclusão que “vão definindo uma sociabilidade dominada não só pela miséria material, mas também pela miséria moral” (p. 140). Neste sentido, o autor interroga:

“onde está o problema social? Está na re-inclusão, no problema da dificuldade de inclusão, na forma patológica de inclusão (...) estamos em face de uma nova desigualdade (...). A desigualdade que há entre os plenamente incluídos (com acesso às oportunidades que a sociedade pode oferecer na economia, nas relações sociais, na cultura), em relação àqueles cuja inclusão se situa à margem dessa mesma sociedade, submetidos a permanentes insuficiências, carências e privações não só materiais. Aqueles que se defrontam de fato com coisas, espaços e situações que lhes são vedados nas próprias relações cotidianas (...). A perversidade está em fazer da vítima, cúmplice da perversão” (p.127-130).

A despeito da ocorrência de estratégias de inclusão mais solidárias, que fundamentam a intersubjetividade e tornam possível a realização de objetivos coletivos, notou-se que se solidificam, no contexto da favela, fronteiras inseridas no interior das fronteiras. Observou-se

essa demarcação de fronteiras internamente à fronteira mais ampla, que é a favela, em várias situações, a saber: o domínio exercido por determinada comunidade da favela (“P”) com relação às demais comunidades, incluindo São José; as diferenças entre as formas de ocupação do espaço na mesma comunidade (São José) e a exclusão ou a inclusão, geralmente patológica, de sujeitos que não se integram aos padrões do espaço social liminar e desafiam a manutenção de certa organização e da ilusão de estabilidade.

Percebeu-se que se configuram e se reproduzem as desigualdades sociais mais amplas, no seio de uma comunidade específica e na favela como um todo. Essa configuração social, marcada pela dominação e pela opressão de uns com relação aos outros, encontra-se intrincada com a questão das formas de apropriação corporal e espacial da experiência. Diferentes modalidades de ocupação do espaço geográfico e de representação social do espaço das moradias, privadas e públicas, concretizam e revelam essas desigualdades sociais. Evidenciam-se diferentes formas de os sujeitos se relacionarem com as moradias e com os modos pelos quais seus corpos habitam essas moradias.

### **Organização política e territorial e exílios intra-territoriais**

As formas de organização política e social para a ocupação do espaço, no cerne da comunidade São José, revelaram algumas especificidades. Os fundadores e seus familiares moram na rua principal, situada na entrada da comunidade, e residem em casas com um grau de acabamento mais refinado. As casas desses moradores passaram por inúmeras reformas que tenderam a reproduzir os seguintes passos: nivelamento do terreno, construção de um barraco de madeira, construção de paredes de bloco envolvendo o barraco de madeira, construção da laje, mantendo o barraco de madeira por baixo, demolição do barraco de madeira, construção de outros andares sobre a laje original, divisão interna em cômodos, acabamento progressivo das partes internas da casa e acabamento progressivo das partes externas da casa. O estilo e o tipo de acabamento dessas moradias mais refinadas são muito semelhantes, revelando em seu conjunto, uma mesmice arquitetônica e ornamental.

Constatou-se que os barracos de madeira, em toda a comunidade, foram sendo progressivamente substituídos por casas de alvenaria. Porém, nas margens do córrego, nas regiões mais elevadas do morro e em algumas vielas, sobrevivem alguns barracos. Mesmo nesses barracos, a despeito da condição de miséria encontrada, observou-se na maioria das vezes, preocupação com a limpeza. Nas ocasiões em que essa tendência ao asseio não foi verificada, estávamos frente a situações de exclusão, ou de inclusão perversa: se tratavam de moradores “exilados” no interior da própria fronteira da favela.

Esse tipo de “exílio intra-territorial” revelou-se, de forma exemplar, nos casos de Seu Juca e de Marta, em que se pode observar a miséria da miséria vivida por quem habita na fronteira da fronteira. Pode-se falar de mecanismos de exclusão de pessoas que já foram anteriormente excluídas pela sociedade em geral.

Considere-se, por exemplo, a história de Seu Juca: ele era um ex-trafficante que atuou na comunidade São José num passado remoto e que teimou em sobreviver e em voltar a morar no mesmo espaço em que, então, dominavam outras lideranças no tráfico de drogas. Tentou, assim, viver com dignidade e criar uma de suas netas por meio do recebimento de doações e da venda de alguns materiais recicláveis. No entanto, foi constantemente atacado por jovens (provavelmente vinculados ao tráfico de drogas), que o ameaçavam de morte, talvez temendo que “falasse demais”. Assim, Seu Juca foi posto numa situação de “exílio intra-territorial”, que o mantinha preso a uma situação de inclusão perversa: morava junto com sua neta, num dos últimos barracos de madeira de uma região “privilegiada” da favela e não conseguiu apoio suficiente para construir uma moradia mais digna. Além disso, os dois sofreram tentativas de expulsão contínuas, mediante ameaças e episódios de violência. Seu Juca faleceu, por motivos de saúde, em meados de 2001.

Marta, que pode ser considerada “moradora de rua” no contexto da favela, era costureira e tinha uma vida organizada. Segundo relatou: “deu um negócio na cabeça dela” e não conseguiu mais trabalhar. Foi perdendo tudo e, depois da perda da casa, “ficou na rua, de um lado para o outro, ficou perdida”. Refere, ainda, que: “a cabeça ficou confusa e passou a sentir uma coisa ruim no peito”. Afirmou ao pesquisador: “Eu quero uma casa, eu não tenho morada...”, iniciando o relato da história de sua vida, desde o momento em que parou de trabalhar. Disse que “as pessoas não a ajudavam, que não ligavam para ela e a deixavam na rua”, inclusive seus parentes. Ninguém a escutava, queria “alguém para conversar”.

Marta chegou a pedir encaminhamento para internação psiquiátrica, como forma de ter abrigo, num momento de ruptura. Porém, quando teve oportunidade de viver num lar abrigado, ao ser encaminhada por uma psicóloga, preferiu ficar nas ruas da favela e viver como uma “nômade”. Queria ser abrigada, mas não queria perder a liberdade de ser quem é; não queria correr o risco de ser expulsa, novamente, por ser quem é.

As ruas, de certa forma, no caso de Marta, dão abrigo a sua forma específica de subjetividade e quem sabe, em seu imaginário, o “hospício” também poderia acolher suas diferenças. O difícil para ela, em qualquer espaço, é conviver com a intensidade da instabilidade, contando com tão poucas mediações, com tão poucas demonstrações de afeto e aceitação. Ela realmente não tem morada.

Nesses casos, a imagem da casa, da moradia, paira soberana como símbolo de inclusão. Tanto Seu Juca, quanto Marta, reivindicam espaços para morar, mas não qualquer espaço. Eles desejam morada onde possam habitar com dignidade e também reconhecerem-se e serem reconhecidos como sujeitos; espaços que sejam casas habitadas por corpos-sujeito.

A partir desses casos, vê-se que, olhar para a casa humana seria, ao mesmo tempo, vislumbrar a história pessoal ou coletiva de sujeitos e perceber a existência de diferentes formas de subjetividade, ou de habitação, no cotidiano e na imaginação. A casa, de acordo com Bachelar, “é uma das maiores (forças) de integração para os pensamentos, as lembranças e os sonhos do homem” (1957/1998, p.26). Por meio de sua imagem, presente, passado e futuro imbricam-se no âmbito do devaneio e revelam dinamismos diversos; ela é berço, é abrigo, é morada do sujeito.

A casa, para ser abrigo e para compor uma comunidade de destino, precisa ser a encarnação do destino afetivo de uma comunidade e de cada sujeito que nela habita. Sem essa costura intersubjetiva, corpos e casas desabam, desmancham no ar. Porém, quando adquirem essa consistência, construída em redes de solidariedade, as moradias, privadas ou públicas, tornam-se sólidas e perenes. São espaços encarnados e eternamente habitados. Ainda que essas casas sejam destruídas por desapropriações, enchentes, incêndios e outros acontecimentos inesperados \_ bastante recorrentes em espaços fronteiriços \_ ainda assim, elas sobreviverão na memória dos sujeitos e na tradição cultural das comunidades.

### **Considerações Finais**

Concluindo, seria interessante investigar em que medida os sujeitos, com quem se pretende desenvolver qualquer ação, encontram-se excluídos e, ao mesmo tempo, incluídos (e de que formas) com relação aos modos dominantes de inserção psicossocial, antes de se propor qualquer política ou programa social. Quando isso não é levado em conta, corre-se o risco de impor propostas totalmente desenraizadas das formas de subjetividade encontradas em determinados contextos sociais liminares.

### **Referências Bibliográficas**

BACHELAR, G. A poética do espaço. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.  
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA. Resolução CNS 196/96 e outras normas para pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde/ Conselho Nacional de Saúde, 2000. (Série Cadernos Técnicos)  
GREGER TAVARES, S. M. Moradia, corporeidade e desenvolvimento humano em espaços liminares: um estudo sobre formas de subjetividade na favela. Tese (Doutorado) - São Paulo, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo,

São Paulo, 2003.

MARTINS, J. S. A sociedade vista do abismo: novos estudos sobre exclusão, pobreza e classes sociais. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

TURNER, V. W. O processo ritual: estrutura e anti-estrutura. Rio de Janeiro: Vozes, 1974. (Coleção Antropologia, n. 7)

WEIL, S. A condição operária e outros estudos sobre a opressão. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.



# Bom Retiro: fronteiras visíveis e invisíveis

Belkis Trench<sup>1</sup>  
Dulce Coppedê<sup>2</sup>  
Tânia Machado<sup>3</sup>

“Quem acha sem procurar é porque  
longamente buscou sem encontrar”.

Gaston Bachelard

## Introdução

Quando pensamos no bairro do Bom Retiro, no município de São Paulo, possivelmente, uma das primeiras imagens recorrentes que nos vem à mente é a da Rua José Paulino. Território considerado pelos guias especializados como a rua de compras feminina “mais famosa” do país, ou famosa por atrair “sacoleiras de todo o Brasil”, conta com mais de 350 lojas espalhadas pelos seus longos quarteirões, estimando-se a circulação de 70.000 pessoas por dia.

O conselho dado nos guias, a quem pretende embarcar nessa aventura, é muito claro e simples:

Vá preparada, a rua fica cheia, tem camelôs espalhados pelas calçadas e em muitas lojas você não pode experimentar as peças. Fora isso os preços são bem mais em conta e as roupas têm qualidade (GUIA DA SEMANA, 2007).

Já para quem percorre a Rua José Paulino diariamente na condição de simples transeunte, como é o nosso caso, talvez o que mais incomode e irrite é que ali você se sente impossibilitada de seguir em seu próprio tempo e ritmo. Você é obrigada a parar em momentos em que menos espera, pois de repente a pessoa que está a sua frente, acompanhada de suas sacolas, resolve parar abruptamente para olhar as ofertas de determinada loja, o que implica que você, mesmo caminhando, tenha que desenvolver o hábito de andar por esta rua como se o seu corpo fosse um carro, realizando freadas bruscas, desvios constantes, batidas laterais ou frente a frente com sacolas e transeuntes.

Aos poucos nos demos conta de que a saída que encontramos foi semelhante ao que fazemos quando nos deparamos com um engarrafamento de automóveis; buscando linhas de fuga para chegar ao nosso destino – o Centro de Memória da Saúde Pública, na Rua Tenente Pena - percorrendo as suas transversais, perpendiculares e paralelas. Nos encontrando e nos perdendo é que fomos a cada dia nos encantando com o que víamos e percebíamos a respeito do que havia de visível e invisível, além das fronteiras traçadas pelos marcos desta rua. Paradoxalmente, quanto mais nos afastávamos da José

Paulino, mais e mais a compreendíamos.

“Quem é ou o que é o Bom Retiro além das fronteiras da José Paulino?”, foi uma das perguntas que nos movimentou durante grande parte de nossas longas andanças pelas suas circunvizinhanças, enquanto investigávamos o que acontecia no bairro, além do território da movimentada rua do comércio principal e do nosso local de trabalho<sup>4</sup>.

A princípio, nossas caminhadas eram feitas solitariamente e, tal como um nômade ou um ser errante, buscamos nesses primeiros dias experimentar o sentimento de nos perdermos em um território e sentir prazer nesses movimentos. Queríamos, ainda, nos abrir para atingir novas possibilidades cognitivas, fossem através do olhar, da escuta ou, até mesmo, do tato ou paladar. Alguns autores nos acompanharam e deram respaldo ao nosso desmanchamento de referenciais, são eles: Cardoso (1988), Certeau (1994), Novaes (1988) e Santos (2002).

O prazer proporcionado por tantas descobertas, muitas vezes, gerou em nós certo estranhamento e “desenraizamento”, acompanhado de um sofrimento, por vezes indefinido. Talvez quem melhor explicita e justifique essa sensação não sejamos nós, mas sim Canevacci (1997):

O desenraizamento e o estranhamento são momentos mais sofridos que predeterminados, que permitem atingir novas possibilidades cognitivas, através de misturas imprevisíveis e casuais entre níveis racionais, perceptivos e emotivos para que se refine o espaço urbano (apud OKAMURA, 2004, p.67).

A experiência de imprimir os nossos próprios gestos nesta paisagem psicossocial fez com que sentíssemos a necessidade de extrapolar as referências fornecidas pelas cartografias oficiais do bairro e que criássemos, através

<sup>1</sup>Doutora em Psicologia e Pesquisadora do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: belkis@usp.br

<sup>2</sup>Graduanda do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo e Estagiária do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: dulcecop@hotmail.com

<sup>3</sup>Graduanda do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo e Estagiária do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: telisboa@usp.br

<sup>4</sup>Este artigo trata-se do resultado de um estudo exploratório da região onde será desenvolvido um projeto mais amplo. O Projeto Ouvedor tem como objetivo, num primeiro momento, dar escuta às diferentes vozes que habitam as circunvizinhanças do Centro de Memória da Saúde. A partir desta coleta de depoimentos e da manifestação de suas dores ou queixas, estabeleceremos parcerias com as diferentes instituições de saúde e de cultura do bairro, para numa segunda etapa do projeto, criarmos diferentes formas de interações através de oficinas direcionadas à população.

de diferentes agenciamentos, espaço e linguagem para que os afetos que pediam passagem compusessem as cartografias que se faziam necessárias.

Assim, por exemplo, apelidamos a Rua José Paulino de “Vitrine” do Bom Retiro e a sua circunvizinhança de “Bastidores”, onde nos foi apresentada uma nova faceta do comércio local: lojas de máquinas de costura, tecidos, aviamentos, botões, além de mecânicos, cabeleireiros, confecções, depósitos e outros. Também transmutamos uma pequena agência de viagem, localizada à frente de nosso prédio na Rua Tenente Pena, em “Embaixada Boliviana”. Elegemos a Rua Prates, a Newton Prado e a Talmud Thorá como os melhores redutos multi-étnicos da região. Dessa forma, portanto, fomos esboçando nossos próprios traçados de fronteiras e percebendo o significado da afirmação “eu sou o espaço que estou e estou no espaço que sou” (OKAMURA, 2004).

### Fronteiras do Bom Retiro

A origem da palavra fronteira está no latim: *frons-tis*, que, por sua vez, gera o substantivo “fronte” e a partir dele, vários outros, tais como: *defronte*, *frontão*, *frontaria*, *afronta*, *desafronta*, etc. Já sua definição no dicionário Aurélio é:

“O limite de um país ou território no extremo onde confina com o outro. A região adjacente a este limite. O limite material de um sistema e seu interior. O conjunto dos pontos fronteiras de um conjunto; contorno” (FERREIRA, 1999).

E o que observamos no Bom Retiro? Ali onde os sujeitos constroem um cotidiano em comunidade com seus semelhantes, se defrontam também as alteridades; a identidade de cada grupo social se ressalta com a delimitação de seus espaços e costumes, ao mesmo tempo em que esta mesma identidade parece se abrir, mesmo que involuntariamente, para o estrangeiro que vive ao lado, mas que também se manifesta dentro de si. Segundo Certeau (1994), as fronteiras são também lugares de interação entre personagens e os limites são traçados justamente pelos pontos de encontro entre eles. Para este autor, a fronteira tem um papel mediador, já que articula os dizeres de suas margens; ela é passagem – um terceiro – um “entre dois”, ou “um espaço entre dois” (p.213). Em suas palavras: “No interior das fronteiras já está o estrangeiro. Tudo ocorre como se a própria delimitação fosse a ponte que abre o dentro para o seu outro” (p.215).

O contexto sócio-ambiental do Bom Retiro<sup>5</sup>, no qual estamos inseridos, é ao mesmo tempo lugar de encontro e de segregação, de assimilação e de delimitação, seja de classes sociais, seja de culturas e etnias. Procuramos abrir nossos sentidos para observar as fronteiras visíveis e aquelas que em nossas primeiras impressões

nos pareceram invisíveis. Também buscamos observar e compreender como se dão os encontros e os conflitos entre as tantas alteridades que habitam esta região central da cidade<sup>6</sup> ou que apenas freqüentam seus espaços públicos.

Mas, de que forma, então, fomos afetadas por isso que estamos nomeando de “Fronteira Visíveis e Invisíveis”. Ora, o que experimentamos a partir do nosso movimento errante pelo Bom Retiro foram os nossos próprios estranhamentos e identificações acerca dos tantos e tão variados elementos que constituem este espaço. O desejo de refletir sobre a fronteira partiu das constantes situações em que diferentes graus de “estar defronte”, “afrontar” e “desafrontar” se configuravam mais ou menos explícitas, compondo nossa trajetória.

O simples recorte do caminho percorrido entre a estação Luz do metrô (localizada em um dos pontos da fronteira geográfica do bairro) e o Centro de Memória, nosso destino, já nos oferece alguns exemplos. Tanto uma, quanto a outra são construções erguidas em pleno século XIX que, inevitavelmente, nos colocam em contato com um passado que nos parece tão remoto. Nestes lugares podemos sentir os efeitos de uma arquitetura concebida a partir de um outro ritmo de vida, de outro padrão estético, de outra concepção do uso de recursos materiais, característicos de uma época distinta da história.

Ao optarmos por percorrer a Rua Prates e algumas de suas transversais, também nos deparamos com a simplicidade das casinhas que nos remetem à ocupação operária, datada também do início do século XIX – empreendida, sobretudo pelos imigrantes italianos – e, também, a este tempo em que a delimitação entre espaço público e privado era menos contundente. A saber, as portas destas moradias foram construídas de forma que abriam diretamente para a calçada; ou seja, a distância entre a sala da casa e a rua se fazia muito menor. É quase impossível não imaginar as crianças brincando ali, ou ainda, os adultos conversando na calçada. Observando também aqueles sobrados nos quais o espaço para o estabelecimento comercial fica no andar térreo, nos remetemos àquela forma

<sup>5</sup>Segundo Dertônio (1971), a região do Bom Retiro que, desde o início do século XIX foi ocupada por chácaras e sítios de famílias nobres, tornou-se em algumas décadas, uma região essencialmente operária. Propicia à instalação de armazéns e depósitos de mercadorias; proliferaram-se as indústrias e o local passou a ser ocupado pelos imigrantes, sobretudo portugueses e italianos, que nelas trabalhavam como operários. A partir de 1900, o bairro, que levou o nome de uma de suas antigas chácaras, viveu sua expansão comercial e recebeu inúmeras famílias israelitas. Posteriormente, também se instalaram ali imigrantes sírios, libaneses, turcos, russos, gregos e outros. Desde as últimas décadas do século XX, a região também recebeu forte imigração de coreanos que assumiram o expressivo mercado da moda ali instalado, além de bolivianos que, por sua vez, são empregados nas confecções.

<sup>6</sup>Hoje, o que vemos no Bom Retiro é uma realidade constituída de diferentes origens sócio-culturais e que se inscreveu a partir do desenvolvimento das forças produtivas e da extensão da divisão do trabalho. Quando se caminha pela região, nota-se que a vida do bairro parece se configurar em razão de sua grande vitrine, constituída pelas lojas de roupas da Rua José Paulino e algumas de suas transversais. Nos bastidores, as lojas de tecidos, aviamentos, acessórios, máquinas de costura e outros. Neste contexto, o bairro ainda reserva algum espaço para moradias, em grande parte, situadas sobre os estabelecimentos comerciais, templos religiosos, restaurantes, armazéns, escolas públicas e particulares, salões de beleza, repartições públicas, policiais, espaços culturais como o Teatro TAIB e a Oficina Três Rios, e por diversos casarões tombados pelo patrimônio histórico, tal como o Centro de Memória, antiga sede do Desinfetório Geral da cidade.

de trabalhar em família, bem próximo da moradia. Enfim, por toda a parte elementos arquitetônicos situam nosso corpo e imaginação em uma “fronteira temporal e espacial”.

Optando agora tanto pelo caminho da Rua Prates, quanto da José Paulino, também somos reportadas à esfera das “fronteiras privadas”. Com o apelo visual do comércio e a exposição de seus produtos, vislumbramos nossas casas, nossas relações pessoais, nossos momentos de lazer, etc.

Outro encontro quase inevitável no Bom Retiro é aquele que acontece com o estrangeiro, personalizado nestas ruas sobretudo pelos coreanos. Este encontro, algumas vezes, se fez curiosidade e desejo de comunicação, como, por exemplo, quando recebemos uma aula espontânea do idioma enquanto esperávamos por uma fotocópia, ou quando ganhamos, neste mesmo local, mapas do bairro que são usados por esta comunidade. Em outras ocasiões, o que houve foi mais afronta e desafronta quando, por exemplo, a solicitação de troca de uma roupa defeituosa foi recusada com agressividade por um lojista, ou quando a pessoa que nos atendeu em uma doceria ficava, quase que todo o tempo, fora do nosso campo visual e que pouco falava português. Neste lugar, também não havia nada que não estivesse escrito em coreano. Nestes casos, a ponte inter-cultural que o comércio colocava revelou também “fronteiras comunicativas”, com seus impedimentos e conflitos.

O que nos pareceu bastante evidente, contudo, foi que o comércio parece ser o único ambiente em que o encontro entre os brasileiros e membros de demais etnias acontece nesta região. O Bom Retiro não oferece muitos espaços públicos propícios à convivência. Os templos religiosos são aqueles lugares destinados ao convívio restrito de cada comunidade específica. Em geral, permanecendo com as portas trancadas (com exceção das igrejas católicas) e o acesso (possivelmente) impensável para aquele que é estrangeiro ao grupo. São “fronteiras religiosas” bem visíveis.

Nosso contato com a comunidade judaica foi, até o momento, bastante restrito, apesar de que vemos seus membros passar constantemente pelas ruas, sendo facilmente notáveis pela forma característica de se trajarem. Certo dia, tocamos a campainha de uma livraria que ficava junto a uma sinagoga motivadas por uma faixa que anunciava cursos sobre o Thorá e benefícios; recebemos a informação de que este benefício era restrito à comunidade judaica, a não ser que conversássemos diretamente com o rabino. Assim, o que a princípio parecia uma ponte se fez, mais uma vez, fronteira.

Podemos, ainda, mencionar a “fronteira sócio-econômica” que se revela entre dois extremos: o das vitrines das lojas que movimentam o mercado da moda e os sacos de retalhos que são despejados diariamente nas

ruas, ao final da tarde, para serem recolhidos e selecionados por catadores assíduos. Faz parte também desta “fronteira escancarada de desigualdade” o que ocorre com a comunidade boliviana no bairro:

“Os bolivianos costumam trabalhar das 6h às 23h ou das 7h às 24h e ganham entre R\$ 200,00 e R\$ 400,00 - valor difícil de ser alcançado - por mês. Moram num cubículo, no próprio local de trabalho. São quartinhos de 2,00m x 1,50m que abrigam o trabalhador, sua família, a máquina de costura e mais um espaço para colocar a roupa que é produzida (em alguns, o quarto e a oficina ficam em ambientes diferentes). Os colchões são enrolados durante o dia e à noite, quando vão dormir, se transformam em cama. As roupas prontas são normalmente entregues a coreanos que têm lojas de roupas baratas” (SYDOW, 2007).

Podemos vê-los pelas ruas, mas quase nunca em seus locais de trabalho. Percebemos que trabalham e vivem mais escondidos. Nossa única forma de aproximação até agora foi a agência que fica em frente ao prédio do Centro de Memória, onde são vendidas passagens de ônibus para a Bolívia e helados (sorvetes), além de possuir cabines telefônicas que fazem chamadas internacionais. Um dia, fregueses bolivianos mostraram receio de falar com a vendedora em nossa presença, o fato de viverem clandestinos talvez os levem a evitar qualquer tipo de proximidade com o diferente.

Considerações Finais sobre as Fronteiras e as Paisagens Psicossociais no Bom Retiro

Quando dissemos que buscamos aprofundar nosso olhar e escuta para observarmos e compreendermos as fronteiras, estávamos considerando a compreensão de Rolnik para entender a cartografia:

“Aliás, “entender”, para o cartógrafo, não tem nada a ver com explicar e muito menos com revelar (...) O que há (...) são intensidades buscando expressão (...) O que define, portanto, o perfil do cartógrafo é exclusivamente um tipo de sensibilidade, que ele se propõe fazer prevalecer, na medida do possível, em seu trabalho. (...) O que ele quer é se colocar, sempre que possível, na adjacência das mutações das cartografias, posição que lhe permite acolher o caráter finito ilimitado do processo de produção de realidade que é o desejo”. (ROLNIK, 1989, p.67-68).

Sendo assim, pudemos perceber, o quanto nós três fomos nos tornando mais íntimas com nossas próprias fronteiras \_ visíveis e invisíveis. Três mulheres, cuja psicologia foi a escolha profissional, se encontraram \_ em alguns momentos – também como três mulheres vivendo seus próprios encontros com alteridades, conflitos e conciliações. Também, visitamos nossas vitrines e bastidores, enquanto compartilhamos nossas alegrias e dores da vida atual instigadas pelas paisagens psicossociais que o Bom Retiro nos oferecia. Experiências sobre os namoros, as separações, o casamento, os filhos, o morar com os

pais, o sair dos filhos adultos da casa dos pais, o sair dos pais da casa onde moravam com os filhos, o adoecer dos pais, a troca de papéis dos filhos com os pais no avançar da vida...

Podemos dizer que estivemos juntas naquilo que Rolnik (Idem) escreveu como sendo o princípio do cartógrafo, o interesse no contato com as situações que estão permitindo o encontro de canais de efetuação da vida. Provavelmente favorecido em nosso trabalho pelo caminhar - tão bem definido por Certeau:

“Caminhar é ter falta de lugar. É o processo indefinido de estar ausente e à procura de um próprio”. Sendo também esse não lugar compensado pelas relações de cruzamento e entrelaces dos êxodos desses caminhantes - como nós também o fomos”. (CERTEAU, 1994, p.191).

Talvez, enfim, a intimidade que nos acometeu tenha sido a própria prática do espaço:

“... o processo dessa “captação espacial” que inscreve a passagem ao outro como a lei do ser e a do lugar. Praticar o espaço é portanto repetir a experiência jubilatória e silenciosa da infância. É, no lugar, ser outro e passar ao outro”. (Idem, Ibidem).

## Referências Bibliográficas

- BUENO, F. S. Vocábulos, expressões da língua geral e científica, sinônimos, contribuições do tupi-guarani. In: **Grande dicionário etimológico-prosódico da língua portuguesa**. São Paulo: Saraiva, 1963.
- CARDOSO, S. O olhar do viajante (do etnólogo). In: NOVAES, A. (Org.). **O olhar**. São Paulo: Companhia das Letras, 1988. p.347-365.
- CERTEAU, M. **A Invenção do cotidiano**: a arte de fazer. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.
- CANEVACCI, M. **A cidade polifônica**. São Paulo: Studio Nobel 1997. p.31.
- DETTONIO, H. **História dos bairros de São Paulo**: O bairro do Bom Retiro. São Paulo: Departamento de Cultura da Secretaria de Educação e Cultura da Prefeitura do Município de São Paulo, 1971.
- FERREIRA, A. B. H. **Aurélio século XXI**: o dicionário da língua portuguesa. 3.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.
- GUIA DA SEMANA. José Paulino – Bom Retiro. São Paulo, XX/ XX/2007. Reportagem. Disponível em [http: <www.guiadasemana.com.br/noticias.asp>](http://www.guiadasemana.com.br/noticias.asp) Acesso em: março 2007.
- NOVAES, A. De olhos vendados. In: NOVAES, A. (Org.). **O Olhar**. São Paulo: Companhia das Letras, 1988. p. 9-20.
- OKAMURA, C. **Arouche 2004. Uma incursão no território urbano da cidade de São Paulo através de seus personagens**: estudo psicossocial sobre encontros e desencontros entre olhares, imagens e paisagens – diagnóstico para uma intervenção socioambiental. 2004. Tese [Doutorado] – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.
- ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental. Transformações contemporâneas do desejo**. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.
- SANTOS, F.C. **Escuta Pensante**. Por uma escuta nômade: a música dos sons da rua. São Paulo: Educ, 2002.

SYDOW, E. Bolivianos escravizados em São Paulo. Rede Social de Justiça e Direitos Humanos, 2007. Disponível em: <http://www.social.org.br/relatorio2003/relatorio021.htm>. Acesso em março de 2007.



# Saúde, Legislação e Arbítrio: a expulsão do estrangeiro que “curava lepra” no Brasil

Yara Nogueira Monteiro<sup>1</sup>

Benair Alcarz Ribeiro<sup>2</sup>

Mariana Cardoso dos Santos Ribeiro<sup>3</sup>

Ao se estudar a primeiras décadas do século XX verifica-se uma série de medidas sendo impostas pelo Estado no sentido da transformação da sociedade brasileira e na tentativa de imposição de hábitos e valores, sendo vários os movimentos de reorganização, de centralização e aumento de poder do Estado (FAUSTO, 1972). No âmbito da Saúde reflexos desse quadro podem ser observados, posto ser uma época de implantação de políticas de Saúde, tanto na esfera federal como nas estaduais. Nessas décadas observa-se que o aumento de poder, de determinadas organizações ou serviços, com frequência era justificada através dos discursos saneador, higienista e disciplinador. Dentro desse bojo, ocorre toda uma discussão e embates, contra a chamada “medicina popular”, suas práticas e seus agentes, denominados pejorativamente de “curandeiros”.

## As Fontes Legais e a Saúde Pública

As pesquisas sobre as atividades denominadas de “prática ilegal da medicina”, “curandeirismo”, “charlatanismo”, encontram sérios obstáculos por serem raros os registros realizados na área da Saúde; entretanto, a importância da temática e o volume das ações e das atuações desses agentes podem ser avaliados, através de outras fontes, tais como: os jornais de época (que trazem grande número de notícias sobre ofertas de serviços e de terapias); inquéritos policiais e ações judiciais movidas contra todos aqueles que, por motivos diversos, se tornassem suspeitos de incorrem em crime contra a Saúde Pública. Os estudos dessas fontes demonstram a existência de uma intensa inter-relação, sendo que, em muitos casos, a matéria publicada em jornal servia como base ou como ponto de partida para uma ação policial<sup>4</sup>. Esta era responsável pela elaboração de inquéritos que, às vezes, nos surpreende pela riqueza de dados e informações. Com frequência havia a anexação de documentos de diferentes outras instituições, o que possibilita vários tipos de recortes e análises, enquanto que através da análise do registro de depoimentos tem-se acesso a uma série de dados e fatos que dificilmente seriam encontrados ou disponibilizados em outros tipos de documentação. Poucas foram as pesquisas desenvolvidas na área da Saúde que se valeram da riqueza desse tipo de fontes, entretanto, estas têm demonstrado a importância da interdisciplinaridade para a compreensão do vasto campo das práticas e das políticas de Saúde, para sua aceitação ou não pela população, bem como para as vinculações

com a cultura popular.

Dentro dessa ótica é que se desenvolve o presente artigo, no qual procuramos discutir a postura do Serviço Sanitário Paulista frente à prática da medicina popular e as formas de repressão utilizadas, na época, contra o curandeirismo. A descoberta do processo de expulsão de um estrangeiro acusado de “curar pacientes de lepra”<sup>5</sup> se configurou num excelente fio condutor, que nos permite uma vasta gama de possibilidades de estudos. Através da análise dos documentos anexados e da tramitação do processo, pudemos vislumbrar os tipos mecanismos que poderiam ser utilizados pelos poderes instituídos, a possibilidade de ações conjuntas entre diferentes instituições; como essas poderiam entender ou caracterizar o que seria “ameaça ao bem público” e, inclusive, a possibilidade do exercício do arbítrio na atribuição de penalidades, podendo estas excederem em muito o previsto na legislação. Durante a pesquisa diferentes fontes foram utilizadas, tendo sido privilegiadas as judiciais que se relevam extremamente ricas, trazem registro detalhados, que contribuem para o resgate dos discursos e práticas, tanto dos poderes instituídos, como daqueles que se situava à margem desses poderes.

## Os poderes públicos e a prática ilegal da Medicina

Os estudos sobre o estabelecimento das Políticas Públicas de Saúde e sua aceitação pela população passam, forçosamente, pela normatização do campo e pelo cerceamento da medicina popular, vista como entrave para a execução de projeto estatal de Saúde. A postura autoritária que caracterizava o Estado na época permitia que determinadas ações e visões fossem apropriadas por setores dominantes da sociedade. Desta forma, a oposição entre medicina popular/erudita passava a exprimir não apenas um simples contraste de medicinas, mas também o reflexo de confrontos políticos entre culturas, que ocorrem através

<sup>1</sup>Historiadora, Advogada, Mestre em História, Doutora em Ciências e Pesquisador Científico do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: yaramont@uol.com.br

<sup>2</sup>Historiadora, Advogada, Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo. Contato: benair.ribeiro@terra.com.br

<sup>3</sup>Advogada, Mestre e Doutoranda em História Social na FFLCH/USP Pesquisadora do Laboratório de Estudos sobre Etnicidade, Racismo e Discriminação (LEER) da Universidade de São Paulo. Contato: marianaribeiro@yahoo.com.br

<sup>4</sup>Weber, ao analisar a posição da imprensa gaúcha sobre curandeirismo, destaca que curandeiro considerado um mero espertalhão, que abusa das pessoas ignorantes que apresentariam características adequadas para serem exploradas.

<sup>5</sup>Por ser um trabalho histórico, optamos por adotar a terminologia utilizada na época “lepra” não hanseníase.

de relação de poder, podendo se constituir em uma das vertentes de análise das pressões havidas na época (RIZZO, 1985). Como exemplo tem-se a dos médicos diplomados que começavam a se organizar no período, que se refletem em falas como a do Dr. José Ribeiro Couto que, em 1902, assim se manifestava sobre o tema: “o charlatanismo invade a profissão, reduz os nossos intellectuais médicos a um verdadeiro proletariado científico” (Brasil Médico, 1897. p.333. Cit SCHWARCZ, 1993, p. 222).

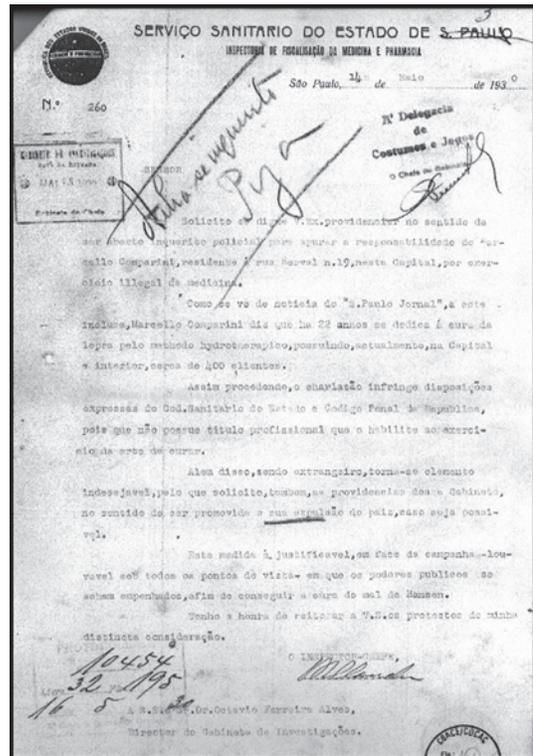
Não é nosso objetivo discutir a importância de medidas que procuravam organizar a sociedade, normatizar, ou mesmo sanear. Pretendemos sim verificar como que determinadas posturas e/ou visões de determinados grupos podem se refletir nas normas jurídicas de sua época. O Código Penal, demonstra a existência de um capítulo específico que trata dos “Dos Crimes Contra a Saúde Pública”. Na época em estudo, vigorava o Código de 1890, cujo capítulo III era constituído por nove artigos, onde foram conceituados e tipificados o que era considerado como “crime” bem como penas e agravantes. Diferentes temas foram ali elencados, tais como: criminalização do exercício profissional sem habilitação (medicina, odontologia, farmácia), ministrar ou prescrever remédios e fórmulas, vender de substâncias tidas como curativas, etc<sup>6</sup>.

É interessante ressaltar como diferentes aspectos da cultura popular também foram passíveis de serem criminalizados, como o exposto no artigo nº. 157, que tipifica como crime a prática de espiritismo, uso de talismãs e outras formas, etc. Assim, em um país de forte sincretismo religioso, pessoas que professassem ou tivessem expressões religiosas não coincidentes com a do grupo dominante poderiam ser acusadas de crime contra a Saúde Pública<sup>7</sup>. Se, por um lado, a legislação espelha um rigor normativo, ou outro lado também deixa entrever as dificuldades dos agentes públicos no combate ao chamado “curandeirismo” uma vez que essas práticas estavam fortemente introjetadas na cultura popular, que muitas vezes gozavam da simpatia e apoio da população, e que esta nem sempre via com bons olhos a interferência do Estado.

Ao se estudar a relação paciente/curandeiro verifica-se que essas tendem a ser mais diretas, às vezes por pertencerem à mesma classe social, o curandeiro acabava por utilizar um mesmo nível de linguagem, explicando ao paciente as causas de seus males e os procedimentos a serem utilizados para a obtenção da cura. Esse processo era facilitado pelo fato dos curandeiros terem representações da doença muito próximas às das classes populares (BOLTANSKI, 1960, p.61), fator que influenciava no

aumento do número de pacientes por eles atendidos. Muitas vezes essas pessoas detinham um determinado tipo de saber prático que acabava por ser legitimado pelo grupo social atendido que, muitas vezes, os chamavam respeitosamente de “médicos”. Portanto, a concepção dos poderes constituídos e formalizados no Código Penal, nem sempre coincidiu com aqueles tidos pela população.

## A Denúncia do Serviço Sanitário



Aos dezesseis dias do mês de maio de 1930, a polícia do estado de São Paulo, através Delegacia de Costumes e Jogos, abriu Inquérito Policial indiciando Marcello Comparini, sob a acusação de exercício ilegal de medicina. O Inquérito foi aberto acatando denúncia do Serviço Sanitário de São Paulo, que através do ofício nº. 260, de 15 de maio do mesmo ano, expedido pela Inspetoria de Fiscalização da Medicina e Farmácia. Neste, era solicitado que o denunciado fosse expulso do território nacional por “exercício ilegal da medicina”. Instruía o pedido do Serviço Sanitário recorte da matéria publicada pela imprensa (SÃO PAULO JORNAL, 1930). A reportagem trazia, inicialmente, algumas considerações históricas sobre o “terrível mal” que atacava a humanidade desde tempos imemoriais, seguida à entrevista com o acusado. Na matéria os repórteres diziam-se surpresos com a desenvoltura com que ele afirmava curar a lepra, as formas de tratamento empregadas e, ainda, a prova viva que o mesmo poderia apresentar do sucesso da sua “arte” na pessoa de um jovem de nome Affonso Martins, curado após um ano de tratamento. Além do noticiário da

<sup>6</sup>O Código Penal da época em seu art. 158 aborda o curandeirismo e prevê as penalidades a serem impostas: “Ministrar, ou simplesmente prescrever, como meio curativo para uso interno ou externo, e sob qualquer forma preparada, substância de qualquer dos reinos da natureza, fazendo, ou exercendo assim, o officio do denominado “curandeiro”: Penas - de prisão cellullar por um a seis mezes e multa de 100\$ a 500\$000.

Paragpho unico. Si o emprego de qualquer substancia resultar à pessoa privação, ou alteração temporaria ou permanente de suas faculdades psychicas ou funcções physiologicas, deformidade, ou inhabilitação do exercicio de orgão ou aparelho organico, ou, em summa, alguma enfermidade: Penas - de prisão cellullar por um a seis annos e multa de 200\$ a 500\$000. Si resultar a morte: Pena - de prisão cellullar por seis a vinte e quatro annos”.

<sup>7</sup>Giombelli analisa uma série e processos criminaes referentes à criminalização de práticas espíritas, tipificadas como crime contra a Saúde Pública.

imprensa, anexou-se ao inquérito um cartão pessoal de propaganda do método de cura de Marcello Comparini:

“Tratamento hidroterápico. Regimen garantido para curar toda e qualquer moléstia, uma vez que o doente seja assíduo o modo de usar os meus métodos seja qual for a moléstia ficará curado; meu endereço:

Marcello Comparini morador  
Rua Herval, 19, Bonde 424, São Paulo”.

No ofício, o Serviço Sanitário declarava que o acusado se dedicava à cura da lepra pelo método hidroterápico; que possuía cerca de 400 clientes, não possuindo título profissional que o habilitasse a praticar a “arte de curar” e que, portanto, o “charlatão” estaria infringindo disposições do Código Sanitário e do Código Penal. Alertava que, por ser o acusado “estrangeiro”, tornava-se “elemento indesejável” pelo que solicitava que fosse promovida sua “expulsão do país”.

Na análise do documento, a primeira coisa que chama atenção, é o fato da denúncia ter sido baseada unicamente em algo que a imprensa anunciou, não tendo sido objeto de diligência ou averiguação pelos fiscais da Inspetoria de Medicina e Farmácia; em segundo lugar, tem-se o amparo legal invocado que foram os Códigos Sanitário e Penal, ambos prevendo punições, porém de forma alguma esse tipo de delito poderia ser penalizado com expulsão, fato sobejamente conhecido pelas autoridades conhecedoras da legislação pertinente. A informação sobre o grande número de doentes que estariam sendo tratados por Comparini, cerca de 400, deve ter causado grande impacto nas autoridades sanitárias, pois, ao se analisar os dados da época, verifica-se que o famoso Asilo-Colônia de Santo Ângelo, que abrigava unicamente pacientes de “lepra”, reunia número pouco maior de internos<sup>8</sup>.

As informações epidemiológicas oficiais, realizadas pela Inspetoria de Profilaxia da Lepra (IPL) acusavam a existência de 1.068 doentes de lepra em todo o estado no ano de 1930 (MONTEIRO, 1995, p. 385). Desta forma tudo leva a crer que Comparini atendesse pessoas com diversas moléstias, não apenas lepra, e que o número divulgado pela imprensa abrangesse sua clientela ao longo dos anos, porém ainda assim esse tipo de informação já se configuraria como séria concorrência aos serviços profiláticos oficiais. O fato de atestar ser capaz de “curar lepra” constituía por si só em sério confronto com a poderosa IPL. Torna-se importante lembrar que esse serviço gozava de grande prestígio nos meios oficiais, consumia enormes recursos e estava executando planos de construção de uma importante rede asilar no Estado. Para a execução de seu plano profilático, era de extrema importância contar com a freqüente divulgação

de matérias nos jornais, bem com o apoio, inclusive financeiro, da sociedade paulista.

De qualquer forma, o fato de um grande número de pacientes procurar tratamento fora do serviço oficial constituía por si só um risco ao êxito da política pública de saúde paulista que impunha o isolamento dos doentes. Sendo que essa postura aparece claramente no último parágrafo do ofício, utilizada para fundamentar o pedido de expulsão; ou seja, a própria lógica interna foi transmuta em argumento legitimador para a solicitação pretendida, conforme exprime do documento:

“Essa medida (a expulsão do país) é justificável em face da campanha – louvável sob todos os pontos de vista – em que os poderes públicos se acham empenhados, a fim de conseguir a cura do mal de Hansen”.

Em suma, muito embora não houvesse amparo legal, a justificativa de se estar falando em nome de uma “louvável campanha” empreendida pelos poderes públicos contra a Lepra foi suficiente para que a solicitação fosse aceita e que o inquérito instaurado fosse direcionado para a expulsão.

### **Do Inquérito Policial ao Decreto de Expulsão**

“Já na abertura do Inquérito Policial, o indiciado Marcello Comparini foi acusado de não exercer profissão lícita e que se intitula médico especialista da cura do mal de Hansen”. Como prova foi anexado o anúncio do “São Paulo Jornal” e cartões por ele distribuídos.

A autoridade policial ao determinar a abertura do inquérito objetivando a colheita de provas conclusivas intimou o acusado a prestar depoimento declinando, logo de início, a fundamentação legal que ampararia uma possível expulsão do estrangeiro indesejado - o art. 72 parágrafo 33 da Constituição Federal de 1891, vigente no período, que expressa:

“É permitido ao Poder Executivo expulsar do território nacional os subditos estrangeiros perigosos à ordem pública ou nocivos aos interesses da República”<sup>9</sup>.

O enquadramento legal realizado foi atípico uma vez que tanto a prática ilegal da medicina como curandeirismo se configura em delito claramente expressos no capítulo III do Código Penal, cuja pena prevista era de no máximo seis meses de prisão e multa.

Ao ser ouvido pela polícia paulista, Comparini declarou ter 65 anos de idade, era casado com a italiana Maria Pere e que possuía um filho brasileiro, que residia no Brasil há cerca de quarenta anos e, quando perguntado, declarou não possuir propriedade imóvel. Afirmou exercer a arte de curar com água, sol e ar, há cerca de vinte e dois anos e, em seu favor, juntou cópias de cartas de pacientes que estavam satisfeitos com o tratamento. Dentre as cartas uma chamou-nos atenção, nela a pa-

<sup>8</sup>O Asilo-Colônia de Santo Ângelo, localizado em Mogi da Cruzes, foi inaugurado em 1928. Essa fato teve ampla repercussão na imprensa, e os discursos oficiais sempre destacavam a construção como “orgulho de São Paulo” e o pioneirismo desse Estado na “luta contra esse mal”. Nesse ano o Asilo contava com 449 internados. Sobre o assunto ver MONTEIRO, 1995, p. 107.



ciente pede segredo a respeito de sua doença e do que se passava com ela e sua família, evidenciando o medo de ser denunciada à Inspetoria de Profilaxia da Lepra e de ser enviada para isolamento compulsório<sup>10</sup>:

“Carlos Gomes, 19/6/930.

Ilmo Snr. Marcello Comparini. Com muita satisfação escrevo-lhe estas mal traçadas linhas para dizer-lhe que se achamos bem melhor espero com boa fé e tratamento achar melhor forças mais dispostas para o trabalho mais leve com o coro enfim já conhecendo boa melhora. De V. S<sup>a</sup>. seu com estima.

Assignada Rosa Perezeni.

Peço-lhe o favor do segredo que se passa com nós, sim? O meu endereço é Linha Mogyana Carlos Gomes”.

As sete pessoas indicadas por Marcello Comparini como sendo seus pacientes e que poderiam depor a seu favor não foram ouvidas no decorrer do inquérito. Apesar de serem todas residentes na capital não se encontrou no processo nenhuma indicação de que tenham sido chamadas ou ouvidas pelo poder público, o que nos poderia indicar ter havido um cerceamento de defesa do réu. As cartas de pacientes agradecendo pelos serviços prestados

e relatando melhoras também não foram utilizadas.

Cinco testemunhas figuram como depoentes sem que se saiba de onde surgiram, ou como seus nomes e endereços chegaram a ser indicados, se foram pessoas que se apresentaram espontaneamente ao Delegado ou localizadas pela autoridade policial. O que causa perplexidade é o fato de todos terem prestado depoimento no mesmo dia, 15 de agosto, e do teor dos testemunhos terem sido praticamente iguais, o que nos permite a impressão de que foram “instruídos” antes do depoimento. Sabe-se que para proceder a análise documentos oficiais tem-se que considerar que todos os depoimentos, ou declarações dos depoentes passam pelo crivo do redator. Este sistematiza os discursos e os coloca dentro de padrões previamente estabelecidos. Com esse procedimento perde-se muito da riqueza dos depoimentos, das características da fala, da individualidade do pensamento; porém, e ainda assim, é possível através de metodologia apropriada, resgatar pontos importantes da realidade que se encontra por trás dos textos, assim como realizar diferentes tipo de análise, tais como a da postura dos agentes do poder e da ideologia do dominante.

Ao examinarmos os cinco depoimentos constantes no inquérito, constatamos que todos são do sexo masculino, alfabetizados e moradores na capital. Nesses testemunhos foi ressaltado que o acusado: praticava o exercício ilegal da medicina; que ele anunciava em jornais a cura da lepra; que cobrava altas somas em dinheiro de seus pacientes leprosos; que era italiano e que conserva sua nacionalidade de origem; que não possuía imóveis. Nos depoimentos percebe-se uma franca hostilidade contra o acusado por ser estrangeiro e pelos lucros auferidos.

<sup>10</sup>O parágrafo 33 do Art. 72 da Constituição Federal foi introduzido por Emenda Constitucional de 3 de Setembro de 1926 quando da reformulação integral do referido art. 72.

<sup>9</sup>Sobre o poder da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e o temor dos pacientes acerca da possibilidade de isolamento, ver MONTEIRO, 1995.

No relatório final do inquérito, realizado pela Delegacia de Costumes e Jogos, o delegado considera provada a atuação do italiano como “prática ilegal da medicina” e afere sua obtenção de lucros por promessas de curas. Foi considerado como sendo um

“...espertalhão, que desejava auferir proveito pecuniário, daquelles infelizes, que atacados do Mal de Hansen, se desesperam da cura e dos que lhe offerecem um remédio, principalmente quando se annuncia que esse remédio é infallível”

(Relatório firmado pelo Delegado Juvenal de Toledo Pizza. IJJ/172 - Processo 284/1930).

Verificamos que o fato de Comparini ter feito publicidade e dado entrevista à imprensa foi registrado como uma espécie de agravante do delito de que estava sendo acusado.

“O charlatão levou sua ousadia a ponto de dar entrevistas a jornaes e de mandar imprimir cartões annunciando o remédio infalível e dando nomes de doentes já curados”.

O Relatório é encerrado com o pedido de “expulsão do território nacional do indiciado Macelo Comparini, como elemento indesejável” (Idem, Ibidem). Para tanto o delegado acaba por repetir os termos do ofício enviado pelo Serviço Sanitário e, engenhosamente enquadra o indiciado como “estrangeiro indesejável” ignorando a tipificação correta e clara de prática de atividade ilegal da medicina e/ou curandeirismo.

É de praxe que os inquéritos policiais assim que concluídos sejam remetido ao Ministério Público a quem caberia examinar a consistência das provas e oferecer formalmente à denúncia da prática criminosa. Nessa etapa, ocorreria a aceitação ou não da aplicação do Art. 72 da Constituição ou do Código Penal. Entretanto, o exame do processo demonstrou que, estranhamente, o inquérito policial não foi ao Ministério Público, tendo sido remetido diretamente do Gabinete de Investigações da Polícia do Estado de S. Paulo para Ministro da Justiça e Negócios Interiores no Rio de Janeiro.

Um fato que nos chamou atenção na análise do processo como um todo, foi o que de que Comparini não poderia ser expulso por estar amparado pela legislação quando a inexpulsabilidade. Isso, devido a dois fatores principais: primeiro por poder ser legalmente considerado brasileiro por meio da naturalização tácita, que considerava como brasileiro todo aquele que não se declarasse estrangeiro ; e, em segundo lugar, por ter filho brasileiro, fato que constava nos autos e que, por si só, constituía motivo que garantiria seu direito de permanência.

Entretanto, no Ministério da Justiça e Negócios

Interiores, o processo teve rápida tramitação e, em 5 de setembro de 1930, foi sumariamente concluído com apenas uma frase: “Venha o expediente de expulsão”. Em apenas seis dias o decreto de expulsão foi assinado e determinada assim, a saída compulsória do Brasil. Em 11 de setembro de 1930, o ministro de estado de Justiça e Negócios Interiores, de próprio punho declara que:

“...o italiano Marcello Comparini não exerce qualquer profissão e se tem constituído elemento nocivo aos interesses da República”.

No mesmo dia o Ministro comunicou ao Presidente do Estado de São Paulo<sup>12</sup>, através de ofício, sua decisão sobre a expulsão de Marcello Comparini. E este, por sua vez, comunicou à Secretaria de Justiça do Estado para que fossem tomadas as providências cabíveis. Com isso, encerrava-se rapidamente o ciclo processual, que, entre a data da denúncia e a do decreto de expulsão, levou menos de quatro meses, evidenciando a importância da acusação realizada.

## Considerações finais

Ao se estudar a legislação da época, pudemos verificar-se que, em alguns casos, era prevista a inexpulsabilidade do estrangeiro e que esta encontrava assento constitucional e previsão em leis especiais. A formulação genérica “comprometer a segurança nacional” ou “ser nocivo aos interesses da República”, prevista no Decreto Legislativo nº 1641 de 7 de janeiro de 1907 foi repetida nas leis posteriores e referia-se a qualquer conduta criminosa ou não. As leis de expulsão desempenharam um papel fundamental para a legitimação do Estado autoritário nos anos 30<sup>13</sup>. Algumas condutas políticas “contrárias” aos interesses nacionais foram previstas em lei, como crime ou motivo para expulsão. Entretanto, o curandeirismo e a prática ilegal da medicina não estavam entre elas.

O estudo desse processo permite vislumbrar interessantes e novos aspectos sobre a o exercício ilegal da medicina no início do século, bem como, a importância do Serviço Sanitário. Ao estudamos a legislação verificamos que esta poderia ser utilizada de formas diferenciadas dependendo do sujeito ou instituição autora da denúncia, que nesse caso foi o Serviço Sanitário. Este ao elaborar a denúncia, deixava claro a justificativa alegada para a punição pretendida que, na realidade, estava sendo legitimada pelo próprio discurso sanitário que não invocava a lei, mas o dano que poderia causar “na campanha... em que os poderes públicos se acham empenhados a fim de conseguir a cura do mal de Hansen”<sup>14</sup>.

Pudemos, também, verificar a importância da imprensa na divulgação dos serviços dos que prometiam “curas” e tratamentos alternativos, aos quais o Serviço Sanitário encontra-se atento, agindo de forma integrada com os organismos policiais, para conter o exercício da prática ilegal da medicina.

Em suma, se, por um lado, a análise desse processo demonstra a força e a respeitabilidade do Serviço Sani-

<sup>11</sup>A naturalização tácita foi instituída pela Constituição de 1891, então em vigor.

<sup>12</sup>Nomenclatura da autoridade máxima do governo estadual conforme legislação da época.

<sup>13</sup>Durante as décadas de trinta e quarenta, centenas de estrangeiros foram expulsos sob acusação de constituírem uma ameaça à integridade da nação. Estes, em sua maioria, estavam envolvidos com grupos políticos de esquerda, principalmente, os comunistas (RIBEIRO, 2003).

<sup>14</sup>Documento IJJ/172 - Processo 284/1930 - A.H.N.

tário, por outro, evidencia a importância da interdisciplinaridade e da pesquisa em novas fontes, cujos estudos poderão trazer contribuições valiosas para o campo da Saúde Pública e suas inter-relações com a sociedade.

## **Bibliografia**

### **Fontes Primárias**

BRASIL. Constituição Brasileira 1891.  
Decreto n. 1641 - de 7 de janeiro de 1907 - Providencia sobre a expulsão de estrangeiros do território nacional.  
Decreto n. 4.247 - de 6 de janeiro de 1921 - Regula a entrada de estrangeiros no território nacional.  
Decreto n. 847 - de 11 de outubro de 1890 – que promulga o Código Penal de 1890.  
Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - que promulga o Código Penal de 1940.  
Processo nº. 284/1930 - IJJ 172 – Arquivo Histórico Nacional.  
Processo nº. 2553 A.S. - Secretaria de Justiça e Negócios Interiores.

### **Fontes Secundárias**

AGUIAR, Roberto A. R. - Direito, Poder e Opressão. São Paulo, Editora Alga-Omega, 1990.  
BALANDIER, Georges - O poder em cena. Brasília, Ed. Univ. Fed de Brasília, 1982.  
BOLTANSKI, L. As Classes Sociais e o Corpo. 2º ed., Pre-ópolis, Graal, 1960.  
CARVALHO, A. C. D. de – Curandeirismo e Medicina: práticas populares estatais de saúde em São Paulo nas décadas de 1930 e 1940. Londrina, Ed UEL, 1999.  
FAUSTO, B. Revolução de 1930: História e Historiografia. S. P., Brasiliense, 1972.  
GIUMBELLI, E – O cuidado dos mortos. Uma história da condenação e legitimação do espiritismo. R.J. – Arquivo Nacional, 1997.  
MONTEIRO, Y. N. – Da Maldição divina a exclusão social: um estudo da hanseníase em São Paulo. Tese de Doutorado FFLCH/USP, 1995.  
RIBEIRO, M. C. S. – Venha o Decreto de Expulsão. A Legitimação da Ordem autoritária no governos Vargas (1930-1945), FFLCH/USP, 2003.  
RIZZO, E. de O – O que é Medicina Popular. S. Paulo, Ed Brasiliense, 1985.  
SCHWARCZ, L.M. – O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil-1870/1930. S.Paulo, Companhia das Letras, 1993.  
SÃO PAULO JORNAL. O Homem que cura a lepra. São Paulo: SPJ, 15 de Abril de 1930.  
SILVA, Z. L. – A domesticação dos Trabalhadores no anos Anos 30. S.P., Marco Zero/CNPq, 1991.  
WEBER, B.T. – As artes de curar: Medicina, Religião, Magia e Positivismo na República Rio-Grandense – 1889 -1928. Santa Maria, Ed da UFMSM, 1999.

# Fabulações sobre os Pobres e a Pobreza

Monique Borba Cerqueira<sup>1</sup>

Trilhar espaços rarefeitos na geometria caótica do mundo social, percorrer narrativas que se entrelaçam, dissimulam, silenciam e revelam parte da lógica fugidia do universo dos pobres é o objetivo deste artigo. Aqui, um cenário surreal faz a realidade curvar-se a discursos racionais, fantásticos, cômicos, dramáticos e ingênuos, reforçando jargões morais e visões de mundo inacreditáveis e cruéis. São muitas as fabulações sobre os pobres e a pobreza, constituindo um campo inesgotável de “narrativas fabulosas” que mostram o que significa ser pobre. Apresentaremos algumas dessas fabulações, a partir de distintos fragmentos narrativos presentes em diferentes contextos sociais. Trata-se de discutir alguns pontos de inflexão associados à figuração do pobre, a partir de conteúdos que qualificam o emaranhado simbólico que envolve o universo da pobreza.

## **Pobres e Pobreza: uma breve trajetória**

No Brasil, o advento recente do assalariamento, segundo o primado do mundo do trabalho e suas obrigações morais, forjou-se a partir da dicotomia entre uma população integrada e a desordem dos desocupados, representados pelos vadios ou pobres. Não foi preciso ir muito longe para que a idéia de periculosidade associada aos grupos empobrecidos fosse consolidada com as revoltas populares ocorridas entre o fim do século XIX e início do século XX (VALLADARES, 1991).

Se, até então, a condição de pobreza era atribuída a todo aquele que não era trabalhador, nos anos 50-60 observa-se a emergência de uma nova figuração do pobre (Idem, 1991). A pobreza transita espacialmente do cortiço para a favela e o pobre passa a ter sua imagem, antes referida à vadiagem, associada ao subemprego. Novas denominações e um caráter fundamentalmente técnico passam a ser adotados nas abordagens sobre a pobreza.

“A nova terminologia, importada do Banco Mundial e de organismos internacionais que exportam políticas sociais nas áreas de educação, saúde e habitação principalmente, traz como novidade a introdução da variável renda na definição de pobreza. A idéia era a de, usando deste artifício, melhor orientar a alocação dos recursos governamentais, a partir da definição de linhas de pobreza e de critérios de elegibilidade. A nova categorização, tomando o salário mínimo como parâmetro, introduz a noção de pobreza enquanto fenômeno de

insuficiência de renda. Pobreza torna-se sinônimo de carência, situação em que o atendimento das necessidades biológicas e sociais dos indivíduos e suas famílias está abaixo de um patamar mínimo” (VALLADARES, 1991).

A pobreza passa a ser objeto de estudo da Economia e o que interessa é identificar quem tem ou não capacidade para satisfazer suas necessidades básicas dentro dos padrões de consumo.

Para além do cortiço e da favela, os anos 70-80 introduzem uma outra unidade espacial para identificar os pobres e a pobreza — a periferia. O grande movimento de periferização das massas trabalhadoras provocou o afastamento compulsório da população dos pontos de centralidade urbana. Nesse período as ciências sociais brasileiras passam a localizar o pobre em função de seu lugar na produção, mas também como sujeitos políticos de transformação social, “a partir da noção de classe” (SARTI, 2003):

Os pobres foram pensados, nessa perspectiva “produtivista”, a partir de uma visão na qual, no entanto, eles próprios não se reconhecem, o que foi considerada uma marca de sua “alienação” ou “falsa consciência”.

Foi assim que o papel político dos pobres passou a ser historicamente reconhecido pela produção intelectual como deficitário em relação à transformação política e social.

Nas dicotomias presentes nos estudos sobre o seu papel político, aos ‘pobres’ urbanos coube carregar o peso do fisiológico em oposição ao ideológico, do tradicional em oposição ao moderno, do atraso em oposição ao avanço, do pessoal particularista em oposição ao universal e, acima de tudo, do material imediato em oposição aos ideais mais amplos, gerais e prementes da sociedade nacional” (ZALUAR, 2000).

Segundo Sarti (2003), tal representação negativa dos pobres continua a existir nas Ciências Sociais, com a diferença de que teria transitado da centralidade na idéia de “falta de consciência de classe para a falta de direitos de cidadania”.

<sup>1</sup>Bacharel em Ciências Sociais, Mestre em Sociologia, Doutora em Políticas Sociais e Movimentos Sociais pelo Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da PUC/SP e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde. Contato: monique@isaude.sp.gov.br

As várias modulações pelas quais as figurações do pobre vêm passando recentemente indicam um grave retrocesso em relação aos últimos cem anos, uma vez que com a escalada da violência urbana, o trabalhador e o habitante da periferia tornaram-se suspeitos, agentes potenciais da criminalidade. O pobre voltou a ser considerado indivíduo perigoso, como na virada do século XIX (VALLADARES, 1991).

Na década de 90, a pobreza consolida-se como temática quase que exclusiva dos economistas, sempre em dia com a pauta dos organismos internacionais de desenvolvimento como o Banco Mundial (BIRD), o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) (SPRANDEL, 2004). O conhecimento estatístico sobre a pobreza tornou-se fonte privilegiada de informação para os organismos internacionais e debates nacionais. Nesta perspectiva, desconsidera-se que “os “pobres” são analisados de forma quase acachapante, como fossem internamente homogêneos e social e politicamente isolados” (Idem, 2004). A pobreza como numerário passa de situação real à verdade natural, consolidada e insolúvel, dada à infinidade de variáveis que a determinam.

Tanto os relatórios sobre o desenvolvimento mundial e os relatórios sobre o desenvolvimento humano estão referidos à lógica de naturalização da “pobreza” e dos “pobres”, que identifica sob estas categorias milhões de pessoas, nos mais diferentes pontos do planeta (Idem, 2004).

Várias são as faces intrigantes do que se convencionou chamar “pobreza”, palavra que se metamorfoseia, transitando de conceito à ameaça, com extrema capacidade de penetrar e se expandir no tecido social. No limite, a “sociedade brasileira está disposta de modo a perpetuar e a reproduzir a pobreza enquanto tal. Somos todos, os trabalhadores deste país, permanente e insidiosamente interpelados como pobres” (ANDRADE, 1989). Assim, um infinito campo discursivo se instaura, a fim de explicar, descrever e revelar o universo dos pobres.

## Os Pobres nas Narrativas Populares

A imagem do pobre como “Zé Povinho”, pobre coitado, indivíduo de pouca inteligência, aquele que se deixa enganar facilmente revela os fortes contornos de intolerância social que possibilitaram a construção do rótulo de passividade atribuído sistematicamente aos pobres. Um tom cômico, mas também sarcástico caracteriza mensagens veiculadas, atualmente, em sites e blogs da internet, onde os pobres são apresentados como uma instituição bizarra.

### “[NoMeS De PoBrE]

Francisleine  
Maicon  
Vanderleidson  
Josielton

Ismildo  
Marycleide  
Nelidevalda”  
([www.maisquepobre.hpg.ig.com.br/nomesdepobre.htm](http://www.maisquepobre.hpg.ig.com.br/nomesdepobre.htm)).

Pobres e seus inesperados nomes próprios. Segundo o jargão popular, eles “choram no último capítulo da novela”, “tomam cerveja em copo de requeijão” e “levam sopa na garrafa térmica” (<http://geocities.yahoo.com.br/brumaximus/serpobree.html>). É com escárnio que se procura descrever aspectos preciosos do universo dos pobres. A laje, sob uma visão zombeteira, é a marca da condição degradante dos pobres e não espaço vital de sociabilidade das camadas populares.

“Laje! – Tem palavra que mais denota a pobreza do que... laje?! Por favor, se sua casa ainda não está pronta, seja mais refinado e diga: Está no esqueleto...” (<http://www.hackhour.com.br/blog/index.php?itemid=4023>).

Ironia e desprezo também perpassam as comparações entre ricos e pobres:

“Rico pega o carro e sai, pobre sai e o carro pega.  
Rico tem infecção na pele, pobre tem pereba.  
Rico consegue, pobre descola.  
Rico olha, pobre seca.  
Rico decora, pobre enfeita”  
(<http://www.maisquepobre.hpg.ig.com.br>).

Num outro contexto de ortopedia social, sob a lógica da tradição, estão os ditos — sentenças memoriosas que recomendam quem devemos ser e como agir socialmente. Os ditados populares, provérbios ou adágios — expressões que podem se tornar imutáveis através dos anos — reproduzem uma riqueza de imagens para ilustrar conteúdos geralmente morais. Sentenças obrigatoriamente breves e concisas, os provérbios podem expressar um pensamento, uma opinião, um conselho, uma advertência ou uma norma de conduta. Parte da tradição cultural, os provérbios podem representar uma evidência incontestável sobre a vida e, por isso, durante muito tempo, foram considerados um importante ensinamento dirigido às classes populares, que só assim teriam acesso a formas adequadas de conduta social.

“O pouco basta. O muito se gasta.  
O fácil de contentar tem menos para chorar.  
Alegria de pobre dura pouco.  
Da justiça, o pobre só conhece castigos.  
Quem cedo se deita e cedo se levanta, doença, pobreza e velhice espanta.  
Pão de pobre sempre cai com a manteiga pra baixo.  
Pobre é como cachimbo, só leva fumo.  
Pobre é como parafuso, só vive apertado.  
Pobre é que nem lombriga, quando sai da “merda”

morre.

Pobre só vai pra frente quando tropeça.

Pobre é igual a prego: toma na cabeça e ainda entra no pau”  
(<http://jangedabrazil.com.br/proverbios/index.asp>).

Curioso é perceber que os ditos confirmam sempre a condição de impotência dos pobres e seu sofrimento irremediável, recomendando conformismo e retidão redobrada para enfrentar um destino simplório, previsível e antecipadamente traçado pela sua condição social.

## **Os Pobres na Narrativa Imagética – a fotografia**

A fotografia, além de ostentar a reputação de fonte documental de comprovação da verdade, tem um profundo impacto na subjetividade e na forma como compreendemos o mundo. Ver, inspira e sensibiliza; a imagem nos guia entre paisagens, fantasias, abismos, fazendo-nos defrontar com uma verdadeira semântica das emoções. A imagem fotográfica também erige corpos, realidades, sentimentos que possibilitam a aproximação com a vida, através da reprodução chapada em papel. A complexa lógica imagética pode reforçar opiniões, aquietar, despertar ou emudecer nossos mundos interiores e nossa capacidade de ação. A fotografia provoca reações imprevisíveis.

Indagar sobre o pobre na imagem fotográfica requer perguntar o quê, quem e como está disposta a cena no ato fotográfico. É comum aos pobres protagonizarem composições visuais cujo resultado são imagens desconcertantes que emocionam e afetam nossa sensibilidade. Assim, interessa identificar as demandas morais que a imagem sugere a quem vê, especialmente, porque a fotografia tece mediações com a dor, o sofrimento, a indignação, a misericórdia, a repugnância e o temor daquele que vê.

Susan Sontag (2003), ao discutir a barbárie veiculada nas imagens da guerra, nos propõe o desafio de pensar o impacto que a dimensão sombria da dor e do sofrimento nos causa. A fotografia nos oferece o distanciamento do real, um conforto que nos possibilita o contato com realidades distantes, através de um livro, jornal ou álbum fotográfico. O argumento incisivo de Sontag nos lembra que, por muito tempo, acreditou-se que mostrar nitidamente os horrores que submetiam o ser humano pudesse ter o caráter pedagógico de combater a opressão. Hoje, percebe-se que não apenas tais fotos ilustram e corroboram o que pretendem denunciar, como podem provocar um tipo de “anestesia moral” e “emocional” naquele que vê. Soma-se a isso, o fato de que a fotografia não pode ser considerada um registro fidedigno da realidade, mas sempre estará submetida a uma intenção (Idem, 2003). Tais considerações são fundamentais para se esboçar uma leitura sobre algumas imagens produzidas sobre os pobres.

A fotografia, que por definição já é carregada de conteúdos afetivos, quando cruzada com a temática social, produz documentos de alto teor emocional. Este é o caso da chamada “lente militante” de Sebastião Salgado, que parte do pressuposto de que a fotografia constitui-se como instrumento de discussão, reflexão e ação sobre a realidade. Susan Sontag contrapõe-se à definição de Salgado:

“Quando ainda eram comuns as imagens diretas da realidade, pensava-se que mostrar algo que precisava ser visto, trazer para mais perto uma realidade dolorosa, produziria necessariamente o efeito de incitar os espectadores a sentir — a sentir mais. Num mundo que a fotografia foi posta talentosamente a serviço de manipulações consumistas, não se pode ter como algo líquido e certo o efeito de uma cena lúgubre. Em consequência, fotógrafos e ideólogos da fotografia moralmente atentos tornaram-se cada vez mais preocupados com a exploração do sentimento (piedade, compaixão, indignação) na fotografia de guerra e com as maneiras rotineiras de provocar emoção” (SONTAG, 2003).

Para Sontag, “a função ilustrativa das fotos deixa intactos opiniões, preconceitos, fantasias e informações erradas” (Idem, 2003). O pobre representado sob o enfoque da fotografia engajada não possui uma existência singular que o faz homem, mas assinala sua identidade a partir de um campo de falta, representado pela pobreza como condição segundo a qual sua natureza se submete, quase sempre, passivamente, através de esteriótipos constantes como a morte, a fome, a sujeira, a ignorância e, sobretudo, a obediência.

A imagem do pobre evidencia sua impotência e mesmo sob a “boa intenção” da crítica social que procura evidenciar a condição vil a que pode chegar o ser humano, esta figuração do indesejável não produz os efeitos de indignação capazes de mover a sociedade em direção a uma prática ou consciência social transformadora.

## **A Lente de Salgado**

Sebastião Salgado é um fotógrafo brasileiro que se notabilizou mundialmente com a produção de imagens identificadas à crítica social. Como fotojornalista foi premiadíssimo por reportagens humanitárias e, em 2001, foi nomeado representante especial da UNICEF. Suas fotos são altamente estéticas e de indiscutível qualidade, embora a estetização da pobreza seja uma das principais críticas recebidas pelo fotógrafo, como demonstra uma matéria publicada no Daily Telegraph sobre o livro Retratos (Crianças no Êxodos):

“Já imaginou se sua família e seus amigos fossem vítimas de uma catástrofe e Salgado transformasse a cena da carnificina em uma fotografia magnífica?”

(DAILY TELEGRAPH apud FAGUNDES, 2001).

Trata-se de interrogar, não a utilização de uma estética irretocável, mas os conteúdos valorativos subjacentes à obra de Salgado que, ao compor imagens da pobreza focadas na sujeição humana, supõe criar uma mensagem de oposição e luta contra a miséria.

A lente de Salgado invade, devassa o mistério de vida e morte dos pobres. Uma fascinante estética fotográfica compõe quadros dramáticos, impactantes, fortemente emocionais. São rostos desgostosos, assustados, apáticos. A vida é, insistentemente, um desfile interminável de corpos indistintos, semblantes uniformes. Um mundo trevoso e unidimensional proíbe a visão de forças que resistam à privação. O cotidiano é linear e lúgubre.

Numa foto impressionante é possível ver um pequeno rosto de olhos brilhantes. É a imagem fabulosa de um “anjinho”, uma criança morta. Incrivelmente luminosa, esta foto contrasta com a opacidade da pobreza fotografada por Salgado.

A legenda no final do livro “Terra” (SALGADO, 1977) acrescenta:

“Segundo a crença popular do Nordeste, quando morrem anjinhos, ainda não acostumados com as coisas da vida e quase sem conhecer as coisas de Deus, é preciso que os seus olhos sejam mantidos abertos para que possa encontrar com mais facilidade o caminho do céu. Pois com os olhos fechados, os anjinhos errariam cegamente pelo limbo, sem nunca encontrar a morada do Senhor”. Ceará, 1983 (Idem, 1997).

As legendas na obra de Salgado jamais trazem qual-



quer referência pessoal aos fotografados. O incrível rosto da mulher velha cuja imagem imita os sulcos e rachaduras do solo árido; as crianças que posam para a foto no cemitério; os trabalhadores que parecem carregar o fardo do mundo, dispostos de forma idêntica, como num formigueiro humano; todos são protagonistas do padecimento, angústia e penúria, circunstâncias genéricas da privação social.



Ceará (SALGADO, 1983).



Cerimônia de enterro de uma criança.  
Sertão da Paraíba, Brasil (SALGADO, 1980).



Escadas nas minas de ouro de Serra Pelada (SALGADO, 1986).

Não existe uma imagem compartilhada socialmente que represente a justiça social. Conhecemos apenas sua forma discursiva. Mas existe um ícone inequívoco da injustiça social, o pobre. Se sua presença gera desconforto, sua imagem pode ser apaziguadora, pois o distanciamento do olhar permite juízos racionalmente equilibrados, imersos em adequações morais e políticas.

A pobreza no Brasil, ao invés de obscura, é uma realidade amplamente registrada. Mas por que essa pobreza tão conhecida, tão persistente sempre foi incapaz de exigir padrões mínimos de civilização? (TELLES, 1999). Até que ponto essa ampla visibilidade que temos da pobreza nos provoca? Tropeçar na miséria é a experiência real de uma sociedade que tem criado artifícios para absorvê-la de forma silenciosa. É assim que a ampla visibilidade da pobreza na sociedade brasileira não é formadora de opinião política, não traz clareza ou transparência para solução dos problemas sociais. Grande parte do conteúdo narrativo sobre a pobreza reforça uma moral da impotência e rejeição aos pobres. Nesse sentido, a dor social da pobreza é um espetáculo fértil, construído como problema sem solução e diante do qual setores abnegados e sensíveis da sociedade continuarão a proclamar seu poder interventivo.

### Referências Bibliográficas

ANDRADE, R. C. Política e pobreza no Brasil. *Revista Lua Nova*, n.19, nov.1989. p.111.  
 FAGUNDES, C. L. A Estética-Ética de Sebastião Salgado. Um olhar pierceano da obra fotográfica. Dissertação (Mestrado) São Paulo: PUC/SP e UNIPAR, 2001.  
 SALGADO, S. Terra. São Paulo: Companhia das Letras,

1997.

SARTI, C. A. A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2003.  
 SONTAG, S. Diante da dor dos outros. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.  
 SPRANDEL, M. A. A pobreza no paraíso tropical: interpretações e discursos sobre o Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.  
 TELLES, V. Direitos Sociais. Afinal, do que se trata? Belo Horizonte: UFMG, 1999.  
 VALLADARES, L. Cem anos pensando a pobreza (urbana) no Brasil. BOSCHI, R. R. Corporativismo e desigualdade: a construção do espaço público no Brasil. Rio de Janeiro: Rio Fundo/IUPERJ, 1991.  
 ZALUAR, Alba. A máquina e a revolta. Rio de Janeiro: Brasiliense, 2000.

### Sites Consultados:

<http://www.maisquepobre.hpg.ig.com.br/nomesdepobre.htm>. Acesso em 05/02/2005  
<http://geocities.yahoo.com.br/brumaximus/serpobree.html>. Acesso em 20/04/2005.  
<http://www.hackhour.com.br/blog/index.php?itemid=4023>. Acesso em: 26/03/05.  
<http://www.maisquepobre.hpg.ig.com.br/>. Acesso em 15/04/05.  
<http://jangadabrasil.com.br/proverbios/index.asp>. Acesso em: 12/03/2005.

### Imagens:

SALGADO, Sebastião. Disponíveis em: [<http://www.terra.com.br/sebastiaoalgado/>]. Acesso em 13/06/06 e [<http://www.nytimes.com/specials/salgado/photos/>]. Acesso em 15/06/06.

# A Vulnerabilidade dos Jovens Trabalhadores do Tráfico de Drogas

Marisa Feffermann<sup>1</sup>

Os jovens pertencentes às classes subalternas vivem em dupla situação de risco, pois, vivendo uma socialização incompleta (ADORNO, 1993), têm poucas oportunidades de integração no mercado de trabalho, aspecto reforçado pela baixa escolaridade; assim, são alvos fáceis para as drogas e o álcool e, quando surpreendidos ao cometerem infrações, a reprimenda pode custar-lhes a vida.

A vulnerabilidade dos jovens trabalhadores do tráfico estudada a partir de pesquisa de doutorado realizada por quatro anos no Estado de São Paulo (FEFFERMANN, 2005), está relacionada: à idade; por terem sido aviltados em seus direitos e sofrer efeitos desta violência, ou ainda, por não ter opção de trabalho no mercado legal. Nas pesquisas realizadas sobre a questão do tráfico um ponto é comum: estes jovens necessitam de reconhecimento social para construção de uma identidade. Ingressam no tráfico e conhecem as vantagens e desvantagens disto. Tornam-se alvo fácil dos policiais, traficantes e da sociedade.

As características da juventude impulsionam o jovem a buscar aventura, como uma materialização de ruptura da infância. E é na aventura, como espaço de sentido, que se inscreve a própria transgressão como um desafio dos poderes vigentes. Entende-se que essa inclinação pela aventura e, conseqüentemente, pelo risco possa ser um dos fatores capazes de contribuir para o ingresso do jovem no tráfico de drogas. O risco constante no tráfico pode implicar uma mudança de comportamento nos jovens. O percurso desta pesquisa, permite observar evidência que o trabalho no tráfico é uma atividade muito arriscada, pelo simples fato de ele se inscrever na ilegalidade, o que coloca o indivíduo em uma situação de vulnerabilidade às regras do sistema representado, quer pela polícia ou pelo traficante. Conforme depoimentos dos jovens pesquisados, no tráfico, o risco da morte é vivido com intensidade. Na medida em que realizam um “trabalho” ilegal, esses jovens vivem sob repressão policial, sempre violenta e ambivalente, e enfrentam problemas decorrentes da falta de uma assistência médica e psicológica voltada para o uso abusivo de drogas. Esse risco é constante e muitas vezes determina comportamentos e escolhas, re-significando alguns valores, desejos e aspirações. Observa-se que a perspectiva de morte faz desses jovens reféns de uma sobrevivência sofrida e an-

gustada; cada dia de suas vidas lhe é apresentado como uma prorrogação da existência; são os sobreviventes e vivem a presença constante da morte; aos 18 anos já se consideram velhos. A experiência constante do risco e a presença agressiva da ordem pública contribuem para a construção de comportamentos a fim de delinear estratégias de se lidar com o risco. Isso pode significar a revolta associada à distância social e à desigualdade social. As atitudes desses jovens estão ligadas ao ressentimento decorrente da desigualdade social e, também, à necessidade de reconhecimento.

Pode-se observar que as atitudes dos jovens analisados nesta pesquisa é de alerta constante, sempre atentos para defender-se de um perigo iminente. Pensar essa realidade exige que se compreenda como a estrutura da identidade desses jovens pode ser determinada por esse medo constante, em função das marcas que se imprimem na construção das representações desses indivíduos, atingindo seus sonhos e fantasias que deveriam ser forças propulsoras de enfrentamento. Isso exige um grande esforço por parte do sujeito que tem de conservar sua estrutura. Esses jovens no ‘trabalho’ estão na frente de batalha de uma organização criminosa - situação em que o risco e a vulnerabilidade são imensos. O risco é ininterrupto para esses sujeitos do tráfico, pois podem ser presos, espancados ou eliminados pela polícia. Compreende-se que o cotidiano dos jovens ora observados, faz com que a morte ganhe feição naturalizada, embora, pelas condições nas quais ela acontece, continue sendo assustadora. A morte parece cercar esses jovens por todos os lados, seja ameaçando suas próprias vidas ou a daqueles que lhes são próximos. É preciso reconhecer a dinâmica psíquica do ser humano em tensão com a violência existente na sociedade, para entender como a internalização da violência constitui as subjetividades. Seus relatos permitem que se compreenda que agem de forma compulsiva em relação a quase todos os aspectos da vida: fumam de forma exagerada, relacionam-se com várias mulheres, tornam-se pais muito cedo; vivem intensamente cada instante, movidos pela perspectiva de que a vida possa acabar; na convivência com a idéia de morte, roubam e gastam compulsivamente.

<sup>1</sup>Psicóloga, Mestre e Doutora em Psicologia Escolar e Pesquisadora do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: marisaf@usp.br

Na realidade destes jovens e de muitos que vivem nas periferias da cidade, as perspectivas que se apresentam em relação à escola e ao trabalho são muito poucas. No discurso dos jovens entrevistados, pode-se perceber que existe uma ausência de perspectivas e uma presença marcada de luta pela preservação da vida, movida pela presença da perspectiva de morte. Há que se considerar que estar em estado de alerta produz nesses jovens a necessidade de eles criarem mecanismos de enfrentamento que se ajustam o tempo todo: é necessário astúcia para lidar com as artimanhas do seu “trabalho” e do seu cotidiano. A crueldade dos policiais e das autoridades do tráfico e as humilhações que sofrem constantemente também lhes deixam marcas, tanto em seus discursos, quando reiteram que os motivos para saída ou desejo de saída do tráfico são a ameaça e a violência com que são tratados. Desrespeitados e agredidos de todas as formas, vão constituindo jeitos tão agressivos, quanto àqueles que utilizam para enfrentar qualquer um que designem como inimigos. Assim, esses jovens de vítimas passam a algozes e cometem muitas vezes atos cruéis.

A vida para os jovens desta pesquisa tem um custo, contudo, arriscar-se vale pelo que se ganha. Todavia, o que é ganho, é gasto repentinamente, de forma aceleradíssima, desenfreada. Os jovens transgridem e pagam um preço por essa possibilidade de liberdade; transgridem como uma forma de agir sobre o mundo. Muito embora a realidade do tráfico configura-se como muito violenta, é o “trabalho” no tráfico de drogas que lhes permite oportunidades de ter dinheiro para sair, ir a bares, comprar roupas de grife, ter a companhia de mulheres bonitas porque, fora da atividade do tráfico, a própria condição econômica e social na qual se encontram torna praticamente impossível a realização desses desejos.

Desta forma, o tráfico, por suas características, pode tirar a vida daqueles que nele se inscrevem e, ao mesmo tempo lhes facultar viver a vida. Vida essa pautada pelos ditames da sociabilidade universal da indústria cultural, cujos valores, uma vez internalizados, passam a ser ideais, levando-os a correr risco de vida para usufruir de suas promessas.

### Referências Bibliográficas

ADORNO, S. A Experiência precoce da punição. In: MARTINS, J. S. (org.). **O Massacre dos inocentes**. São Paulo: Hucitec, 1993.

FEFFERMANN, M. **Vidas Arriscadas - o cotidiano de jovens trabalhadores do tráfico**. Tese [Doutorado] – Instituto de Psicologia/USP, São Paulo, 2005.



# Determinantes do Acesso à Saúde: o caso das populações remanescentes de quilombos

Áurea Maria Zöllner Ianni<sup>1</sup>  
Claudete Gomes dos Santos<sup>2</sup>  
Olga Sofia Fabergé Alves<sup>3</sup>  
Maria de Lima Salum e Morais<sup>4</sup>  
Amália Suzana Kalckmann<sup>5</sup>

É recente a inclusão das comunidades quilombolas no discurso do direito civil, do direito territorial, do direito sanitário brasileiro.

Afastados dos centros urbanos em suas comunidades agrárias, os quilombolas mantiveram-se, durante longo período, distantes também dos serviços e do sistema de saúde, localizados nas cidades. As estratégias indigenistas, que levaram os brancos e suas práticas sociais às populações índias, não se reproduziram no que tange às populações quilombolas. Ainda que inclusos na dinâmica socioeconômica nacional pelo pequeno comércio de sua produção agrícola, pela extração e comercialização de produtos naturais, pelos pequenos serviços prestados nas circunvizinhanças das cidades, pelo fluxo demográfico de suas comunidades, os quilombolas dissolveram-se na ruralidade de suas pequenas comunidades. Esses aspectos mantiveram-nos apartados dos serviços de saúde em função das várias distâncias – a geográfica, a cultural, a simbólica e a dos modelos e estratégias de atenção. Sua história é, por tudo isso, marcada pela exclusão, pela injustiça social.

A Constituição de 1988 fez renascer o interesse pelo tema quilombo, a partir do Artigo 68 das Disposições Constitucionais Transitórias: “Aos remanescentes das comunidades dos quilombos que estejam ocupando suas terras é reconhecida a propriedade definitiva, devendo o Estado emitir-lhes os títulos respectivos” (BRASIL, 1988). Para Arruti (1997), o Artigo só veio a ganhar importância em 1995, quando da comemoração dos trezentos anos da morte de Zumbi dos Palmares, ensejando um amplo debate tendo como questão central a “... própria definição do que foram, historicamente, os quilombos, na expectativa de, a partir daí, poder discernir os critérios de identificação daquelas comunidades ‘remanescentes’” (ARRUTI, 1997, p.8).

De modo geral, o tema quilombo ainda evoca a imagem de um local ermo, de difícil acesso, para onde acorriam os negros que se rebelavam contra o sistema escravista. Esse conceito se perpetuou a partir da definição do Conselho Ultramarino, em 1740, em resposta à inquirição da Coroa portuguesa sobre o que seria um quilombo: “Toda habitação de negros fugidos que passem de cinco, em partes despovoadas, ainda que não tenham

ranchos montados nem se achem pilões neles”.

No entanto, a definição não abarca a diversidade de relações entre escravos e sociedade escravocrata, nem a diversidade de formas pelas quais os grupos negros se apropriaram das terras. É sabido que os quilombos mantiveram um intenso relacionamento “... com segmentos econômicos e sociais que, embora constitutivos da sociedade civil escravista, com eles mantinham relações, negócios, e, muitas vezes, prestavam-lhes serviços” (MOURA, 1986, p.28). Também não eram constituídos apenas por negros fugidos; outros indivíduos igualmente oprimidos neles buscavam refúgio: “... fugitivos do serviço militar, criminosos, índios, mulatos e negros marginalizados” (MOURA, 1986, p.18).

O quilombo foi, ao mesmo tempo, um símbolo de espaço de luta contra a opressão, de resistência coletiva e até de sociedade igualitária. Kabengele Munanga (1996, p.63) afirma que os escravos, ao fugirem das senzalas e se concentrarem em territórios despovoados, se inspiraram no quilombo africano, transformando esses territórios em “... espécies de campos de iniciação à resistência, abertos a todos os oprimidos da sociedade (negros, índios e brancos), prefigurando um modelo de democracia plurirracial que o Brasil ainda está a buscar”.

Outras formas de ocupação da terra também tiveram o seu papel na constituição dos territórios quilombolas: herança, doação, negociação com os senhores, compra de terras.

A abolição da escravidão, porém, não garantiu aos ex-escravos a posse da terra onde viviam e trabalhavam, não havendo, por parte do governo à época, nenhuma iniciativa no sentido de integrá-los ao processo de desenvolvimento da nação. Passou-se, assim, “... do racismo de dominação ao racismo de exclusão” (SODRÉ, 1995, p.1), traduzido na “... redefinição do lugar do negro na

<sup>1</sup>Socióloga, Mestre e Doutora em Ciências Ambientais e Pesquisadora Científica III do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: aureanni@isaude.sp.gov.br

<sup>2</sup>Historiadora, Mestre em Saúde Coletiva e Educadora em Saúde do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: cgsantos@isaude.sp.gov.br

<sup>3</sup>Socióloga e Pesquisadora Científica I do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: olga@isaude.sp.gov.br

<sup>4</sup>Psicóloga, Mestre e Doutora em Psicologia e Pesquisadora Científica II do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: salum@isaude.sp.gov.br

<sup>5</sup>Bióloga, Mestre em Epidemiologia, Pesquisadora Científica IV do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: suzanak@isaude.sp.gov.br

sociedade – de escravo a marginal” (ROLNIK, 1986, p.3). Na nova configuração social pós-abolição, a terra foi transformando-se em renda e, conseqüentemente, as ocupadas pelos ex-escravos passaram a ser alvo de cobiça. Não obstante as pressões, eles lograram permanecer nelas ao longo do tempo, como hoje o fazem seus descendentes, os ‘remanescentes das comunidades dos quilombos’.

O Artigo 68 da Constituição de 1988 ensejou que muitas comunidades rurais negras, algumas até então alheias ao tema, passassem a incorporar a identidade quilombola, como forma de luta “... pelo direito de continuar ocupando e transmitindo às gerações vindouras o território conformado por diversas gerações de seus antepassados” (SCHMITT; TURATTI; CARVALHO, 2002, p.133).

Ao contrário dos indígenas, os remanescentes de quilombos enfrentaram questionamentos sobre a legitimidade de se apropriarem de um lugar, cujo espaço pudesse ser organizado conforme suas condições, valores e práticas culturais.

Algumas comunidades conseguiram sobreviver pela “invisibilidade”: “semi-ocultos” nos sertões e matas em sua maioria com características rurais e atividades de subsistência (ANDRADE, 2000). O’Dwyer (apud REIS, s./d.) salienta que, no Brasil, a sobrevivência pela “invisibilidade” exigiu das comunidades negras, em muitos casos, uma ausência quase total de trocas com a sociedade abrangente. Exemplo paradigmático dessa invisibilidade profunda foi o choque causado pela “descoberta”, para os meios de comunicação, de comunidades remanescentes de quilombos, em lugares de difícil acesso, de modo a chamar o mínimo de atenção sobre si.

Como as terras que habitam e cultivam não são demarcadas, os quilombolas necessitam de titulação das mesmas, e o Ministério Público acionou a Associação Brasileira de Antropologia (ABA) para o registro e reconhecimento dessas terras. Em outubro de 1994 reuniu-se o Grupo de Trabalho sobre Comunidades Negras Rurais para elaborar um conceito de “remanescente de quilombo”. A conceituação do documento da ABA ampliou a visão de quilombo, conferindo-lhe uma maior dinamicidade.

Era preciso também identificar o sujeito do direito, os critérios normativos para a regulamentação da lei e sua aplicabilidade, ou seja, os procedimentos e etapas a serem cumpridas para a titulação das terras e as responsabilidades e competências dos atores sociais envolvidos. A questão revelou-se de grande complexidade, pois se tratava de considerar não apenas os aspectos referentes à identidade dos negros no Brasil, mas também os inúmeros interesses conflitantes sobre o patrimônio material e cultural brasileiro - questões de fundo, envolvendo identidade cultural e política das minorias de poder no Brasil.

A noção de coletividade é o que efetivamente conduz ao reconhecimento de um direito que foi desconsiderado. As chamadas terras de preto compreendem as

diversas situações decorrentes da reorganização da economia brasileira no período pós-escravista. A expressão ‘remanescente das comunidades de quilombos’ que emerge é tributária não somente dos pleitos por títulos fundiários, mas de uma discussão mais ampla travada nos movimentos negros e entre parlamentares envolvidos na luta anti-racista. O quilombo é trazido novamente ao debate para fazer frente a um tipo de reivindicação que, à época, alude a uma dívida que a nação brasileira teria para com os afro-brasileiros em consequência da escravidão, não exclusivamente para falar em propriedade fundiária.

A demanda social que está sendo identificada como quilombola é uma importante via de se reconhecer a historicidade e a trajetória de organização das famílias negras, pautadas no conjunto de referências simbólicas que fazem daquele espaço o lugar de domínio da coletividade que lá vive, o respeito às formas de apropriação que o próprio grupo elaborou e quer ver mantido. E incluir desde as que já se auto-identificam como quilombolas, até aquelas que têm as mesmas características, mas que não se autodenominam como tal.

Para Carvalho (1996), no Brasil, diferentemente de outros países americanos, não há nenhuma região reconhecida pela nação como o lugar dos quilombos, e as comunidades de ex-escravos e de seus descendentes nunca obtiveram visibilidade aos olhos do coletivo. O termo “quilombo” é, nesse sentido, importante porque é aglutinador, capaz de dar sustentação à afirmação da identidade negra.

Segundo Ratts (2003), desde a década de 1980 os quilombos têm paulatinamente deixado de ser tratados como um fenômeno pretérito. Mesmo antes da Constituição de 1988, algumas medidas de caráter reparador foram tentadas. Leite (2000) afirma que primeiro foi preciso relativizar a noção de quilombo para depois resgatá-lo em seu papel modelar, como inspiração política para os movimentos sociais contemporâneos.

No estado de São Paulo, o governo estadual criou instrumentos legais para a regularização fundiária dos quilombolas, definindo formas de atuação que preservem suas áreas, dos pontos de vista ambiental e cultural, com seus usos e costumes.

No Brasil, existem 2.228 comunidades remanescentes de quilombos (CIGA, 2006), 70 delas registradas no Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA) e outras 100 em processo de regularização. Mais da metade está localizada no Norte e Nordeste. No estado de São Paulo as fontes divergem no número de comunidades. Segundo o CIGA, são cerca de 70, enquanto o Sistema de Informações das Comunidades Afro-Brasileiras (SICAB) da Fundação Palmares registra a existência de 31 (SICAB, 2006). Segundo o ITESP (2006), 42 estão em diferentes fases de reconhecimento.

A regularização fundiária para emissão dos títulos é conflituosa e morosa, pois há disputas com proprietários

e com ocupantes não-quilombolas, que só podem ser retirados da área mediante o pagamento das benfeitorias ou de indenizações pela terra<sup>6</sup>.

No estado de São Paulo, as comunidades quilombolas estão distribuídas em 15 municípios, localizadas em cinco Departamentos Regionais de Saúde (DRS): Campinas, Piracicaba, Registro, Taubaté e Sorocaba, com maior concentração em Registro, com 12 comunidades. A grande maioria está em área rural e só duas são consideradas urbanas. As comunidades localizam-se em municípios pequenos, com menos de 100.000 habitantes.

Quanto aos serviços de saúde disponíveis para as comunidades, as informações são diversificadas e, algumas vezes, inconsistentes. A cobertura do Programa Saúde da Família (PSF), segundo dados do DATASUS de 2005, varia de 6,32% em Votorantim a 117,79% no município de Itaóca (DATASUS – Ministério da Saúde/IBGE, 2005), ambos na DRS de Sorocaba. Os dados consolidados do SIAB (Sistema de Informações em Atenção Básica) não permitem identificar se a cobertura do PSF estende-se a todas as comunidades.

O acesso dessas populações às unidades básicas de saúde e ao centro do município varia bastante, seja pela distância, seja pela ausência de transportes, além da necessidade de superar barreiras como rios, encostas, matas etc.

Um dado importante é que pesquisas têm sinalizado que a expectativa de vida da população afro-descendente é significativamente menor comparada a da raça branca (BATISTA; ESCUDER; PEREIRA, 2004), o que revela condições de vida e situações de saúde peculiares.

A Atenção Básica (AB) no Brasil tem sido, desde a Constituição de 1988/SUS, a estratégia adotada para organização da atenção à saúde da população. A estruturação da AB visa atuar na produção e distribuição dos serviços, com vistas a responder às necessidades de saúde da população e à extensão do consumo de bens e serviços de saúde, propiciando o acesso a eles.

Nesse sentido, para que se compreendam os fatores envolvidos no acesso aos serviços de saúde e para que se possa tornar a relação entre serviço e usuário mais efetiva, é necessário que se entendam as condições sócio-ambientais em que se inserem o serviço e os usuários, suas condições de vida, suas necessidades e suas representações coletivas de saúde e de necessidades de saúde – o que inclui o conhecimento sócio-histórico e cultural da população e dos trabalhadores de saúde.

## Referências Bibliográficas

ANDRADE, T.; PEREIRA, C. A. C.; ANDRADE, M. R. O. (Ed.). **Negros do Ribeira**: reconhecimento étnico e conquista do território. 2. ed. São Paulo: ITESP, 2000. p.142. (Cadernos ITESP, n. 3)

ARRUTI, J. M. A. A emergência dos “remanescentes”: notas para o diálogo entre indígenas e quilombolas. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 7-38, out, 1997.

BATISTA, L. E.; ESCUDER, M. M. L.; PEREIRA, J. C. R. A cor da morte: causas de óbitos segundo características de raça no Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 5, p. 630-636, out. 2004.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto pela Saúde 2006**. Portaria nº 399/GM MS. Brasília, Ministério da Saúde 22 de Fevereiro de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS/IBGE. Cobertura de Programa de Saúde da Família em 2005. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/pacto2005/pacsp.def>>. Acesso em: 09 maio 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. **Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica**. Portaria GM/MS n. 676, de 03 jun. 2003. Diário Oficial da União, 4 jun. 2003.

CARVALHO, J. J. **A experiência histórica dos quilombos nas Américas e no Brasil**. In: **Quilombo do Rio das Rãs**. Salvador: UFBa, 1996. p.13-73.

CENTRO DE CARTOGRAFIA APLICADA E INFORMAÇÃO GEOGRÁFICA (CIGA). Disponível em: <<http://www.unb.br/acs/releases/rl0505-01.htm>>. Acesso em: 13 jul. 2006.

FUNDAÇÃO INSTITUTO DE TERRAS DO ESTADO DE SÃO PAULO “JOSÉ GOMES DA SILVA”. Disponível em: <<http://www.itesp.sp.gov.br>>. Acesso em: 07 jul. 2006.

ITESP. **Relatório Geral de Quilombos** São Paulo, ITESP, 2006. [encaminhado para o coordenador do Comitê de Saúde]

<sup>6</sup>Embora o governo do Estado de São Paulo tenha poder para realizar as desapropriações não tem adotado esse procedimento alegando falta de recursos.

# Cultura de Turismo e População Litorânea: contatos afetivo-sexuais de Verão

Regina Figueiredo<sup>1</sup>  
Marta McBritton<sup>2</sup>

Neste artigo, procura-se discutir as situações de contato afetivo e sexual entre visitantes e “população nativa” (ou “anfitriã”) litorânea, durante verão e festa, a partir dos resultados de pesquisa realizada no Guarujá, durante o Carnaval de 2006 (MC BRITTON; FIGUEIREDO, 2006), analisando a exposição a riscos sexuais nessa situação de turismo e lazer.

## Contexto

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) aponta que a população fixa da Ilha de Santo Amaro (Guarujá) é de 265.155 habitantes. Deste total, 136.830 residem no distrito de Vicente de Carvalho e 128.325 no Guarujá (em 2000), que recebeu, durante o Carnaval, segundo a Secretaria de Turismo do município, 544.000 turistas ou trabalhadores de outras regiões.

Esse fenômeno de “inchaço” populacional, que praticamente triplica a população local, vem sendo apontado recorrentemente em estudos sobre locais turísticos, como de impacto decisivo para o meio ambiente e infraestrutura local (SANTOS, 2006). O autor ressalta que sejam observadas também as **interações humanas**, em especial, com relação a padrões e à disposição de relacionamento afetivos e sexuais e suas conseqüências, que, sob um viés antropológico, podem ser abordadas como um encontro de “tribos diferentes”.

Tal análise se faz necessária, quando constata-se que, no Brasil, dos 371.827 casos notificados de aids durante o período 2000 e 2005, 8,3% do sexo feminino e 13% do sexo masculino estão na faixa etária entre os 15 e os 30 anos (DATASUS, 2007). Essas infecções são resultado, principalmente, da prática heterossexual em parcerias fixas como namoros e casamentos, mas também de relações com parceiros eventuais, ou, como diz a juventude atualmente, com “ficantes”.

Em locais turísticos, incluindo cidades litorâneas, devido à noção de “aproveitar” ao máximo o lazer, as férias, o feriado, a praia, etc., a rotina das populações locais, prestadores de serviço e visitantes se altera, expondo-os a contatos de maior vulnerabilidade com relação às doenças sexualmente transmissíveis (DST), incluindo aids e com relação à gravidez não-planejada. Isso decorre devido ao aumento das relações sexuais desprotegidas, motivadas pelo “relaxamento” das práticas de auto-cuidado dessas pessoas de origens, perfis e

comportamentos culturais tão distintos.

Avaliar estas mudanças de comportamento, bem como os comportamentos afetivos e sexuais que produzem, é fundamental para o planejamento de ações de secretarias de turismo, lazer, cultura, saúde e educação dessas localidades “anfitriãs”. Por isso, outros autores também realizaram pesquisas similares em Maresias (CAVALHEIRO, 1999) e Campos do Jordão (DAMAS; PACCA, 1999).

## Metodologia

Foi desenvolvido um estudo de metodologia quantitativa, com utilização de questionários semi-estruturados, aplicados por pesquisadores treinados junto ao público jovem e adolescente selecionado por demanda espontânea no Carnaval do Guarujá – SP em 2006, procurando atingir dois perfis: buscando abordar predominantemente visitantes (turistas), foi pesquisado o público passante nas redondezas do *trailer* do Barong estacionado na praia de Pitangueiras durante os dias deste evento; buscando abordar a “população nativa” (moradores) foi, igualmente pesquisado o público passante do trailer estacionado no bairro popular da comunidade Vicente de Carvalho, durante os três dias após o Carnaval. As questões do instrumento buscaram retratar o comportamento sexual, contraceptivo e de uso de preservativos comum nesses dias especiais de festa e lazer, mas também os habituais, e a análise focou diferenças entre comportamentos frente as inter-relações estabelecidas entre os dois grupos.

Foram entrevistadas 834 pessoas, sendo 493 (59,1%), 49,7% homens e 50,3% mulheres, na praia de Pitangueiras (Centro do Guarujá) e 341 (40,9%), 54,3% homens e 45,7% mulheres na região da comunidade de Vicente de Carvalho, região periférica do Guarujá. As idades média, modal e mediana foram 19,26, 16 e 18 anos, respectivamente.

## Resultados

A população que frequenta o Carnaval do Guarujá é predominantemente da Grande São Paulo (59,3%), do interior do estado (14%) e de outras cidades da Baixada Santista (6,6%).

<sup>1</sup>Socióloga, Mestre em Antropologia da Saúde e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: reginafigueiredo@isaude.sp.gov.br  
<sup>2</sup>Formação em Artes Cênicas e Presidente do Instituto Cultural Barong. Contato: martamcbrilton@gmail.com

Neste estudo, a maioria das mulheres é originária da capital e os homens de outras cidades da Baixada Santista. Verificou-se que a distribuição proporcional entre os sexos das pessoas vindas do interior. A escolaridade e o nível sócio-econômico dos freqüentadores “de fora” do Carnaval é do que dos residentes do Guarujá, que possuem, essencialmente, Ensino Médio e menor nível sócio-econômico, considerando que, apenas 17,5%, possui mãe com ensino superior, contra 34,5% dos que vêm de fora da cidade.

Para os residentes na localidade, no caso, o Guarujá, o Carnaval facilitou o contato com pessoas de outras cidades, visto que do total de 104 (12,5%) entrevistados que beijaram pessoas desconhecidas e/ou conhecidas na noite anterior a pesquisa, 28,3% declararam ter tido relação sexual ou trocado beijos com pessoas “de fora”.

Observa-se que o Turismo, por si só, representa uma fonte constante de exercício e expansão das práticas afetivo-sexuais, dos entrevistados que não eram do Guarujá, 42,8% afirmou ter o costume de fazer viagens ao Litoral em festividades ou férias.

Dentre os entrevistados, 72,3% já haviam feito sexo na vida (83% dos homens e 60% mulheres). Dos 77 (9,2%) que mantiveram relações sexuais na noite anterior à pesquisa, 49 (63,4%) haviam utilizado bebidas alcoólicas.

Apesar da camisinha masculina ser adotada por 80,4% (90,9% dos homens e 65,9% das mulheres que já fizeram sexo), este uso não é igual entre os dois públicos envolvidos no evento de Carnaval. Turistas da Grande São Paulo, outros estados e interior utilizam mais preservativos (76,9%), do que a população local do Guarujá (48,1%) e da Baixada Santista (33,3%).

A camisinha foi utilizada na relação sexual na noite anterior à pesquisa apenas por 29 pessoas (37,6%) e 30 (38,9%) utilizaram outros contraceptivos. Dos 8 restantes (10,4%), todos com idade entre 18 e 25 anos 4 adotaram coito-interrompido e 4 não utilizaram método de prevenção à gravidez. Dos 4 que não utilizaram nenhuma proteção contra a gravidez, 3 (5,2% dos que mantiveram relação sexual na noite anterior) afirmaram que usaram ou iriam utilizar a contracepção de emergência após o sexo, buscando a prevenção da gravidez.

## Comentários

A população que freqüenta o Litoral é predominantemente da capital paulista e do interior, semelhante ao perfil de freqüentadores da Praia de Maresias pesquisados em 1997 (CAVALHEIRO et al, 1999), que encontrou 47% vindo da capital e 30% do interior do estado.

Constata-se que populações de locais de eventos turísticos têm nível sócio-econômico mais baixo que os turistas consumidores que visitam seu ambiente. Esse aspecto já havia sido apontado em pesquisa realizada pelo Instituto Cultural Barong em Campos do Jordão, que constatou o maior nível sócio-educacional de turistas com relação à população local durante o Festival de

Inverno (DAMAS; PACCA, 1999).

Assim, como ressaltou Santos (2006), o turismo, caracterizado pelo “deslocamento de pessoas pelo espaço geográfico constitui um enorme desafio para o controle de endemias (doenças próprias de um lugar e seus habitantes) e epidemias (doenças eventuais que têm caráter de visitação)”. Por isso, fomentar pesquisas e formular ações de intervenção pública relacionadas à saúde dos grupos populacionais envolvidos neste movimento humano, como experiências desenvolvidas na Itália, México e outros locais, que desenvolveram ações de prevenção às DST/Aids e ao uso abusivo de álcool e drogas ilícitas, devem ser um dos principais focos de atenção governamentais nesta área.

O hábito relatado de viagens constantes entre os turistas da pesquisa, demonstra que o público turístico funciona como uma “rede” de expansão de relacionamentos e também de práticas sociais que podem ou não estar associadas ao risco ou a disseminação da prevenção em saúde. Essa posição vai depender da intervenção de políticas públicas e de promoção à saúde que se conscientizem e encarem esse fluxo humano como estratégico para suas ações; políticas polarizadas apenas para residentes da localidade têm efeito parcial, uma vez que o contato afetivo-sexual entre parceiros inter-locais necessitam que ambos sensibilizados, preparados e equipados para a o exercício de práticas preventivas.

## Recomendações:

É importante que os contatos sexuais e afetivos sejam vistos como parte do “ambiente” humano que está sendo atingido em pólos eco-turísticos. A comunicação entre as secretarias de turismo, saúde e educação, com a finalidade de integrar ações educativas na agenda de eventos dos municípios, é extremamente necessária. Este convite deve partir da sociedade civil organizada, ou do governo, ou de ambos que trabalham na área da Saúde; pois, muitas vezes, os organizadores dos eventos, envolvidos com a logística da produção, não incluem trabalhos de prevenção por não relacionarem as festas como facilitadoras das aproximações entre as pessoas no campo sexual.

É importante a continuidade de ações preventivas para turistas com relação ao comportamento sexual preventivo em festas e eventos turísticos e é fundamental, também, que haja desenvolvido um trabalho contínuo específico de promoção à prevenção sexual com a população local onde ocorram eventos festivos e de turismo, que têm sua vulnerabilidade exacerbada devido ao aumento de demanda.

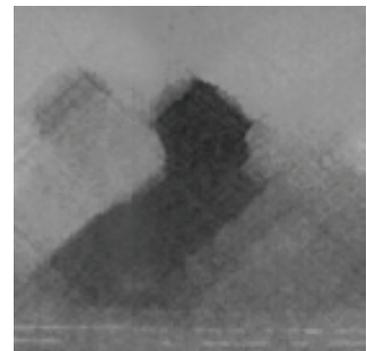
A população local de municípios turísticos necessita receber uma atenção especial no planejamento de seus eventos, de forma, que seja “protegida” dos impactos do contato com turistas na sua estrutura cotidiana e de formação; visto que esses “invasores” possuem maior poder aquisitivo e tendem a impressioná-la e submetê-la economicamente.

Campanhas de prevenção de DST/aids associadas à prevenção de gestações com métodos de emergência devem ser realizadas e equipamentos públicos devem estar abertos durante eventos turísticos que envolvam aglomerações, inclusive distribuindo preservativos. Materiais educativos distribuídos durante essas ocasiões também devem informar serviços públicos de plantão que possam disponibilizar tanto preservativos, como a contracepção de emergência, como ocorreu em Salvador em 2006 (CUNHA, 2006) e a rede farmacêutica local aberta 24 horas, de modo a facilitar o acesso de usuários a estes produtos.

É preciso, ao mesmo tempo, estimular o comércio local a oferecer preservativos a preços populares, através das estratégias de mercado social. Diversos locais frequentados pelos jovens, como bares, sorveterias, lojas de surf, barracas de praia e afins poderiam ter em suas mesas, balcões, folhetos educativos abordando a saúde sexual e disponibilizar camisinhas a clientes.

### Referências Bibliográficas

- CAVALHEIRO, T. et al. Hábitos de uso da camisinha entre jovens em situação de férias. In: FERNANDES, M.E.L.; D'ANGELO, L.A.V.; VIEIRA, E.M. **Prevenção ao HIV/AIDS: a experiência do Projeto AIDSCAP no Brasil**. São Paulo: Associação de Saúde da Família, 1999.
- CUNHA, Tânia. **Relatório da distribuição da contracepção de emergência no Carnaval de Salvador**. Salvador, Secretaria Municipal de Saúde de Salvador / Área Técnica de Saúde da Mulher, 2006. Disponível em <[www.redece.org/salvador2006.pdf](http://www.redece.org/salvador2006.pdf)>. Acesso em : 31 jan.2007
- DAMAS, W.; PACCA, J.C. Pesquisa de comportamento sobre o uso de preservativo entre adolescentes durante o Festival de Inverno de Campos do Jordão. In: FERNANDES, M.E.L.; D'ANGELO, L.A.V.; VIEIRA, E.M. **Prevenção ao HIV/AIDS: a experiência do Projeto AIDSCAP no Brasil**. São Paulo: Associação de Saúde da Família, 1999.
- DATASUS. Disponível em: < <http://www.datasus.org.br>>. Acesso em: 31 jan.2007.
- FERNANDES, M.E.L.; D'ANGELO, L.A.V.; VIEIRA, E.M. **Prevenção ao HIV/AIDS: a experiência do Projeto AIDSCAP no Brasil**. São Paulo: Associação de Saúde da Família, 1999.
- MC BRITTON; M.; FIGUEIREDO, R. **Comportamento sexual e reprodutivo de uso de álcool, pelos jovens no carnaval – Guajurá- SP, 2006**: relato de pesquisa e proposta de intervenção. São Paulo: Instituto Cultural Barong, 2006. Disponível em :<<http://www.redece.org/livrobarong.pdf>>. Acesso em: 01 fev.2007.
- SANTOS, A.O. **Impactos socioambientais do turismo**: um problema de Saúde Pública. Disponível em: <[http://www.usp.br/nepaids/paper\\_alessandro.pdf](http://www.usp.br/nepaids/paper_alessandro.pdf)>. Acesso em: 01 fev.2007.



# Relato de Vivência de Parto num Centro de Treinamento em Humanização de São Paulo

Siomara Roberta de Siqueira<sup>1</sup>

Grávida, que delícia! Sempre desejei ter um filho(a) e esse momento demorou a chegar. Comecei a gostar dessa idéia cada vez mais e fiz o que estava ao meu alcance para ter uma gravidez saudável e um parto normal: parei de fumar, tentei não engordar, caminhava todos os dias. Estava visando meu bem-estar, o do bebê e ter um parto normal, pois sei que esta é a melhor opção, tanto do ponto de vista biológico, quanto psíquico para a mãe e o bebê.

Minha gravidez correu tranqüila, apesar dos meus quase quarenta anos. Trabalhava, fazia aulas de dança do ventre, ia e voltava todos os dias de motocicleta do meu trabalho.

Preocupada com o momento do parto, fui conhecer as casas de parto de São Paulo. Existiam duas, na época, localizadas na periferia, e escolhi a mais próxima de minha casa (cerca de uns quarenta quilômetros).

Dentre os critérios para iniciar o acompanhamento na casa de parto é preciso estar próximo às trinta e seis semanas de gestação, não ter mais de quarenta anos, não ser gravidez de alto risco e, é claro, querer o parto normal.

Fui três vezes para consultas na “Casa de Maria”, gostei de conhecer um local de atendimento exclusivo ao parto, extra-hospitalar. O pré-parto, parto e pós-parto são no mesmo local: um quarto com equipamentos de monitorização do bebê, dentre outros; banheira de hidromassagem; direito à entrada de um acompanhante escolhido pela parturiente (companheiro, mãe, irmã, etc). Se o acompanhante for do sexo masculino pode permanecer o tempo todo com você, até o parto (após o parto só mulheres são permitidas como acompanhantes).

O final da gravidez se aproximava e eu, cada vez ficava mais ansiosa em conhecer minha filha (no sétimo mês descobri ser uma menina). Minha gravidez passou das 36, 37, 38 semanas e se aproximava da 41<sup>ª</sup>.

Minha família começou a ficar desesperada com esta “demora” e querendo o que achavam que seria o “melhor” para mim: clamavam por uma cesariana, pois tinham medo da criança “passar do tempo de nascer”. Neste momento e em muitos outros, a Doutora Daphne Rattner me ajudou e muito. Ela, minha “doula” à distância, foi quem me explicou que no Brasil as pessoas

são preocupadas com o tempo, mas em outros países é comum a espera até 42 semanas. Entre a ansiedade e a experiência de uma das pessoas que mais contribuiu para o parto humanizado no Brasil, optei pela segunda.

Esperei, esperei e eis que a minha pressão sanguínea (PA) começou a subir e, assim foi durante as duas últimas semanas, até a minha filha nascer. Tive de fazer controle hospitalar por ordem médica para verificar a PA de dois em dois dias. Por isso, minha filha teve de nascer em um hospital, pois nas casas de parto só são atendidas mulheres em boas condições de saúde. Escolhi um hospital público próximo à minha casa, referência em parto humanizado.

Pois bem, em uma quinta-feira chuvosa senti que daquele dia “não passava”. Minha pressão estava alta e eu, me sentindo um pouco diferente: um misto de alegria e receio tomava conta de mim. Resolvi lavar toda a roupa de casa, trocar os lençóis, depilar (o que descobri posteriormente que não precisa mais hoje em dia). Por volta das 14:00 horas, o intervalo entre as contrações, que era grande, começou a diminuir. Liguei um CD e fiquei dançando, pois minha doula me ensinou que exercício ajuda no trabalho de parto e, também, a não pensar em contração como dor, mas como parte do processo do trabalho de parto.

Arrumei minha “mala” de hospital, peguei a da minha filha e aguardava, entre dançar e entre comer frutas, a chegada do André, meu companheiro. Ele chegou, e como era de se esperar, estava com PA alta (muito engraçado, todos os sintomas que tive, ele passou também, das vontades de comer coisas à pressão alta. Enfim, tive um companheiro grávido!). Disse “Vamos para o hospital, de hoje não passa”. Ele também estava se sentindo mal, PA alta, mas como pai participativo que foi e é, nos levou de moto até o hospital da zona norte.

Lá chegando, foi constatado a PA de 16 por 10 e a dilatação de cerca de cinco centímetros. Fui internada e, neste momento instalaram soro, mudaram minha roupa pessoal, recolheram minha mala e outros objetos pesso-

<sup>1</sup>Psicóloga, Especialista em Saúde da Criança pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e em Sexualidade e Saúde Reprodutiva pela Universidade Estadual de Campinas, Mestre em Ciência pela Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e Assistente Técnica de Pesquisa do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: siomara@isaude.sp.gov.br

ais. Entretanto, o mais difícil foi que (pasmem!) não pude ficar com o acompanhante, nem o pai da criança.... Reclamei, é claro! Disse que é direito da gestante, que está na cartilha... O que recebi de resposta foi: “podemos transferir a senhora para outro hospital...”.

Neste momento, fragilizada, com receio desta demanda interferir no atendimento e desejando receber o melhor, resolvi ficar para não ter que ser transferida para outro hospital desconhecido. André foi embora, levando minha “malinha”, a de minha filha e, quem sabe, a possibilidade de ver o nascimento de nossa filha (o que era muito desejado por ele).

No hospital, uma madrugada fria, eu com os pés gelados, me deram uns três “propés” depois de muito reclamar do frio. O corpo continuava gelado. Pedi cobertor e a resposta foi: “não tem, acabou, teria de ter sido pedido mais cedo e você só chegou agora” (eram cerca de 22:00 horas). “Hoje estamos com muitas pacientes”. De tanto falar que estava com frio, arrumaram para mim uns três mantos de um tecido fino, parecido com papel, daqueles descartáveis que se usam em centros cirúrgicos.

Para vivenciar o trabalho de parto, senti vontade de ficar ao lado da cama, em pé, dançando a dança do ventre. E, assim foi. Às 2:00 horas da manhã uma médica veio me examinar e como estava com oito a nove dedos de dilatação disse “agora você não pode ficar mais em pé, tem de deitar, pois a criança pode nascer e cair se você estiver em pé”. Argumentei que li textos, que fui instruída a me movimentar durante o trabalho de parto, disse o nome de cinco médicos e nada. Os residentes que estavam no momento foram arbitrários: “deita!”. Quando se distanciaram tentei continuar como anteriormente, mas a equipe da enfermagem que ouvira o que os médicos disseram não me deixava ficar em pé dançando.

Chorando fui para o leito e daí comecei a sentir dor. Com frio, sem meu companheiro, com dor, resolvi ficar indo e vindo ao banheiro com uma certa frequência – e lá eu ficava dançando. Logo perceberam meu truque e veio um médico estourar a minha bolsa para apressar o parto. Novamente pedi para ficar em pé, me movimentando, pois não tinha sentido ficar deitada, já que não antes de me deitarem estava sem frio e dor. Pedido negado. Fui ficando cada vez mais pesada e com mais dificuldade de me levantar da maca (bem alta) e chorei.

Outras mulheres passavam, indo para a sala de parto, de onde vinham gritos.... O que será que fazem lá para gritarem assim? Pedia a Deus proteção para mim, minha filha e para o meu companheiro que (eu sabia) estava sofrendo também por não poder estar por perto. Às 7:00 horas da manhã, decretaram que eu deveria tomar um banho de alívio e fiquei no banheiro cerca de uma hora sentada em cima de um banquinho. No início foi bom, mas devido ao frio fechei a porta. Não demorou e bateram na porta “não pode fechar a porta, você pode se sentir mal”. Retruquei que estava ventando, mas foi em vão... Tentei

sair, mas disseram: “fica aí, é bom para você”.

Voltei para a maca e tentei dormir, mas começou a doer muito. Nesse momento (já de manhã), veio uma “doula” que me ajudou, me aconselhou, mas não entendia o meu pedido de ficar em pé, de me movimentar. Ela direcionou meus pensamentos para várias coisas, para o bebê, para me concentrar e, por fim, senti sono, pois estava exausta e sem comer há mais de 15 horas. Comecei a dormir.

Passado pouco tempo (a doula ainda estava do meu lado, segurando a minha mão), apareceu uma médica que disse: “Você é a Siomara? Sou a Doutora Marina, amiga do Doutor Agenor, vou ajudar você”. Me levaram para a sala de parto e, lá, me passaram para uma mesa cirúrgica que estava com problemas, não levantava. O anestesista chamou a enfermeira responsável e esbravejou muito sobre a condição da mesa, à qual ela retrucava. Fui para outra sala.

Na anestesia, ele errou o tamanho da agulha, tive de levar uma segunda agulhada na coluna sem me mexer e escutando o médico esbravejar que “nem por dois mil ele faria novamente isto”. A anestesia fez efeito.

Então pediram para eu fazer força: “eu estou vendo a cabeça, é cabeluda! Pode parar de fazer força, agora é conosco”. Assim nasceu Gabriela às 11:05 horas do dia 26 de abril de 2006. O André chegou à sala só às 11:10 horas, pois quando subiu ao centro cirúrgico pediram para colocar o roupão e ele, como não é da área médica, colocou o roupão verde em cima de uma jaqueta de moto (devido ao frio), por isso pediram para ele retornar ao vestiário e tirar a jaqueta.

Gabriela nasceu durante esse período. André só conseguiu entrar na sala quando a estavam examinando (cinco minutos após nascer). Infelizmente, ele não pôde assistir ao parto e estar presente no nascimento de nossa filha, como tanto queria.

Mostraram a minha filha e eu pedi para que a colocassem no meu colo, mas não deixaram. Ela não pôde mamar nem ficar em contato pele-a-pele comigo, pois disseram que ela estava com desconforto respiratório devido ao longo trabalho de parto e que teria de ficar em uma incubadora por algumas horas. Assim, levaram a Gabriela para dar banho, para aplicar o Kanakion, para outros procedimentos (o André assistiu a tudo em outro andar, enquanto eu estava sendo costurada). Fomos separadas nesse início da vida dela, ficando eu na sala de recuperação e ela dentro de uma incubadora no berçário.

Após cinco angustiantes horas, me levaram para o alojamento conjunto e a Gabriela, finalmente, chegou aos meus braços. Coloquei-a em meu peito, mas ela não quis mamar. Decerto haviam dado algum tipo de leite para ela no berçário. O Doutor Agenor e a Doutora Maria Lucia Bom Ângelo (que trabalham neste hospital) foram me ver. Fiquei feliz ao ter contato com pessoas conhecidas, mas horário de visita... só no dia seguinte! Gabriela mamou somente no dia seguinte, uma sensação inesquecível esta,

de estar tão intimamente ligada e de já amar uma pessoa desde o início e para o resto da minha vida.

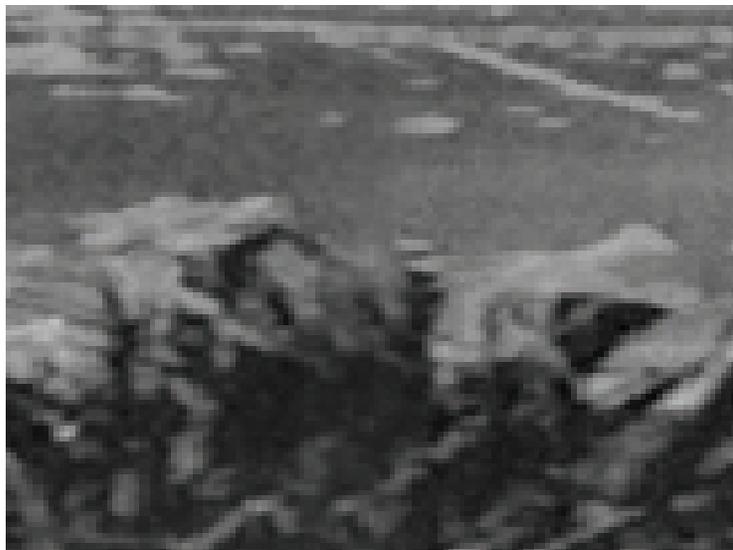
Tive alta hospitalar um dia após o parto, feliz de ter conseguido o parto normal, de Gabriela ser saudável e de André ser um pai “coruja” para comigo e para com nossa filha.

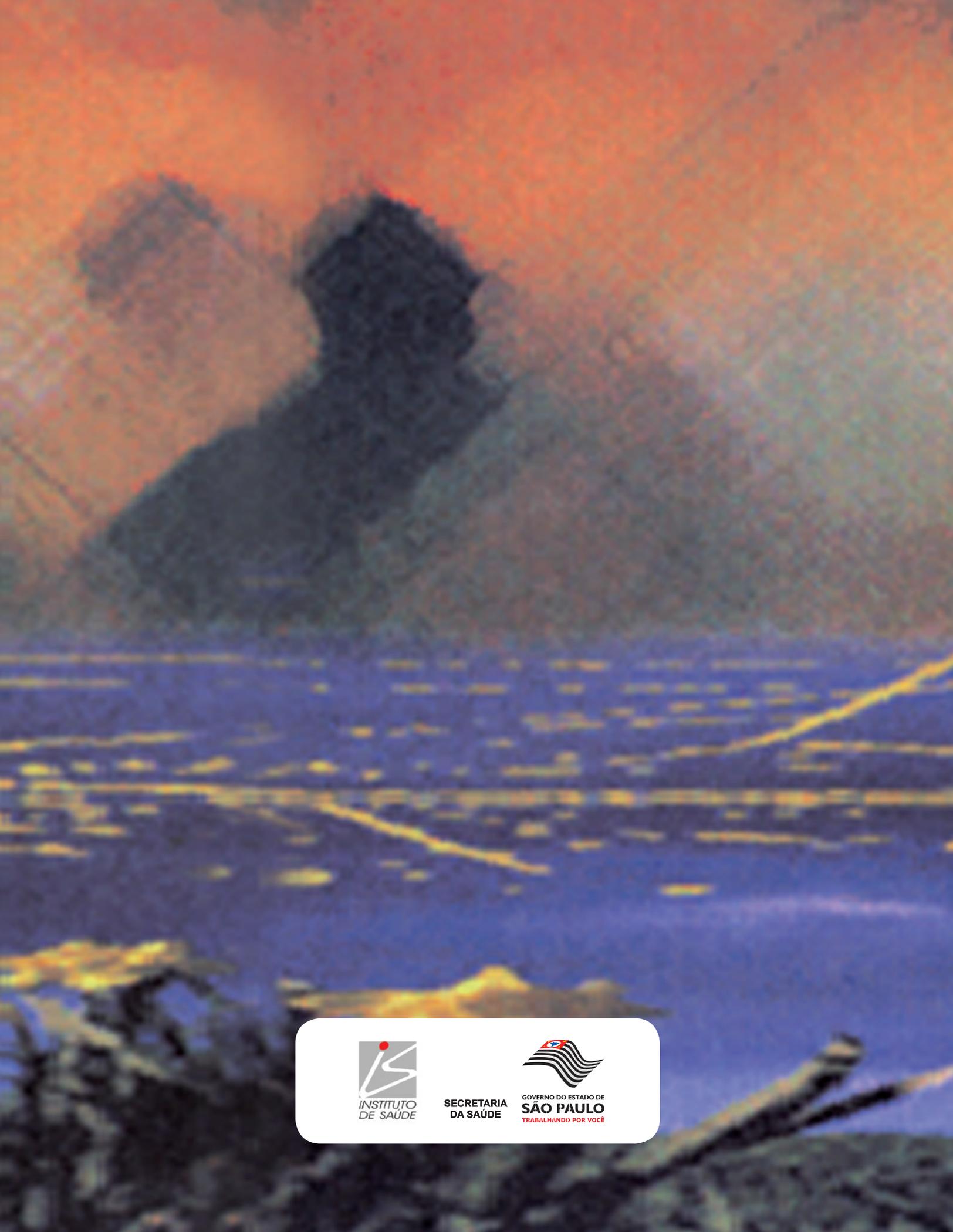
Dias depois, tive que pedir ajuda ao banco de leite do hospital, pois tive uma mega produção de leite. Nesse trajeto, andando pela lateral da calçada, tive que escutar um médico, passando com várias pessoas bem vestidas, dizer: “aqui só trabalhamos com parto humanizado, estamos até colocando ar condicionado nos quartos das pacientes”.

Espero que, com o meu relato, as pessoas envolvidas no processo de humanização do nascimento e parto percebam que o importante não são os equipamentos envolvidos no procedimento, mas sim ouvir e respeitar a mulher, seu bebê e o parceiro, no momento do parto. A equipe profissional não é dona do corpo da mulher, mas sim um grupo que deve auxiliar a mesma.

### **Sites úteis**

<http://www.rehuna.org.br>





SECRETARIA  
DA SAÚDE



GOVERNO DO ESTADO DE  
**SÃO PAULO**  
TRABALHANDO POR VOCÊ