

A AJUDA NA SAÚDE COMO PRÁXIS POLÍTICA NUM MUNICÍPIO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: UMA ABORDAGEM ETNOGRÁFICA

GILMARA GOMES DA SILVA SARMENTO*

Universidade Federal de Roraima

*gilmarasarmento@hotmail.com



Artículo de investigación recibido: 6 de marzo de 2018. Aprobado: 9 de mayo de 2018.

Cómo citar este artículo:

Gomes, Gilmara. 2019. "A ajuda na saúde como práxis política num município do Estado do Rio de Janeiro: uma abordagem etnográfica". *Maguaré* 33, 1: 171-202.

DOI: <https://doi.org/10.15446/mag.v33n1.82408>

RESUMO

Neste artigo, pretendo abordar, de uma perspectiva etnográfica, as lógicas morais que produziram a *ajuda na saúde* como práxis política num município do estado do Rio de Janeiro, Brasil. A análise evidenciou que a emergência dessa prática antecedeu à criação do município e seguiu reproduzindo-se após a emancipação municipal. A manutenção desse *status quo* resulta da confluência entre distintas variáveis e se reproduz num contexto em que elementos de obrigação moral, produzidos por vínculos emocionais e afetivos, se articulam ao uso intencionado da *ajuda*. Entre a *obrigação* e o interesse, a *ajuda na saúde* acaba se constituindo num recurso social importante na produção de políticos e na legitimação de carreiras.

Palavras-chave: *ajuda na saúde*, Brasil, interesse, obrigação moral, política local, recurso de legitimação política.

LA AYUDA EN LA SALUD COMO PRAXIS POLÍTICA EN UN MUNICIPIO FLUMINENSE: UN ENFOQUE ETNOGRÁFICO

RESUMEN

Este artículo aborda, desde una perspectiva etnográfica, las lógicas políticas que produjeron la *ayuda en la salud* como una praxis política en un municipio fluminense. El análisis muestra que la emergencia de esta práctica antecede a la creación del municipio y siguió reproduciéndose después de la emancipación municipal. El mantenimiento de ese *statu quo* resulta de la confluencia entre distintas variables y se reproduce en un contexto en que elementos de obligación moral, producidos por vínculos emocionales y afectivos, se articulan al uso intencionado de la ayuda. Entre la obligación y el interés, la ayuda a la salud se acaba constituyendo como un recurso social importante en la producción de políticos y en la legitimación de carreras políticas.

Palabras clave: ayuda en la salud, Brasil, interés, política local, obligación moral, recurso de legitimación política.

HEALTH ASSISTANCE AS POLITICAL PRAXIS IN A MUNICIPALITY OF RIO DE JANEIRO: AN ETHNOGRAPHIC APPROACH

ABSTRACT

This article addresses the political logics that turned *health assistance* into a political praxis in a municipality of Rio de Janeiro, from an ethnographic perspective. It shows that the emergence of this practice predates the creation of the municipality and has persisted after municipal emancipation. Its preservation is the result of the convergence of different variables in a context in which moral obligation, arising from emotional and affective bonds, is articulated with the purposeful use of assistance. Between obligation and interest, *health assistance* becomes an important social mechanism that fosters the rise of politicians and the legitimization of their political careers.

Keywords: health assistance, Brazil, interest, local politics, moral obligation, political legitimization

INTRODUÇÃO

Este artigo apresenta uma pequena parte das discussões realizadas na tese de doutorado intitulada: “‘Tem gente que só procura a gente na hora da dor’: ajuda na saúde e produção de *capital político*”, defendida em setembro de 2017, no Programa de Pós-Graduação de Ciências Sociais em Desenvolvimento, Agricultura e Sociedade- Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (CPDA-UFRRJ). A questão central que orientou a pesquisa surgiu entre 2004 e 2006, durante o trabalho de campo anterior, quando ainda investigava os rituais funerários no município, e a etnografia desses rituais me colocou em contato com um universo de relações em que a *ajuda* emergiu como uma questão importante.

Naquela época, observei que, ante as situações de enfermidade e/ou de morte, era mobilizada uma rede de solidariedade, que, muitas vezes, transcendia as fronteiras familiares, de vizinhança e de amizade. Tratava-se especialmente de personalidades da política que eram acionadas ou que se ofereciam espontaneamente para intermediar na tarefa, às vezes árdua, de conseguir atendimento nos estabelecimentos públicos, como hospitais e no Instituto Médico Legal (IML).

A intervenção da política nas questões de saúde emergiu não necessariamente como uma questão de solidariedade, mas relacionado a uma práxis que remontava ao período anterior à emancipação municipal. Ou seja, a uma época em que, na ausência de serviços básicos, os vereadores prestavam socorro aos moradores nas suas mais variadas necessidades, mas especialmente naquelas demandas relacionadas à área da saúde, naturalizando esse tipo de *ajuda* como uma dimensão das atividades dos políticos.

Assim, o caráter personalizado do atendimento tornava o acesso ao direito à saúde a expressão de um *favor* ou de uma *ajuda* e, em consequência, produzia prestígio e dívida de gratidão que, em momento oportuno, podia ser convertida em apoio político e voto.

Em 2012, a notícia da queda de um prefeito cujo êxito eleitoral estava associado ao “trabalho social na saúde”, motivou a resgatar aquelas informações preliminar e a elaborar o objeto da tese assim constituído: a relação entre as atividades chamadas localmente de *ajuda na saúde* e *trabalho social na saúde* na produção e reprodução de carreiras políticas. Como ponto de partida, a hipótese de que a atuação no âmbito da saúde concorria com grande chance de êxito com outras formas de aquisição

de *capital político* no município (Bourdieu 2007). Para este trabalho, tomo de empréstimo a ideia de capital político no sentido empregado por Bourdieu (2007), isto é, refiro-me à concentração de recursos que podem ser econômicos, sociais e/ou culturais que possibilitam e legitimam a ocupação de determinada posição de poder no campo da política.

Neste artigo, o meu objetivo é abordar as distintas lógicas que, no município estudado, produziam a *ajuda na saúde*, mostrando como elementos de obrigação moral produzidos por vínculos emocionais e afetivos, resultantes dessa práxis, se articulavam ao uso intencionado das lógicas da ajuda no município. E, conseqüentemente, como, no interstício entre a obrigação e o interesse, a *ajuda na saúde* acabava se constituindo recurso-chave na produção de políticos e na legitimação de carreiras políticas.

“A POLÍTICA NÃO OLHA PARA A SAÚDE COM BONS OLHOS”: NOTAS SOBRE A EXPERIÊNCIA EMPÍRICA

Em 2015, quando iniciei a pesquisa que deu origem a tese e a este artigo, ainda guardava, na memória, o primeiro evento presenciado no município, em 2004, quando realizava a pesquisa de mestrado. Na época, o trabalho de campo coincidiu com o período político-eleitoral e, portanto, a atenção da comunidade estava voltada para os acontecimentos da política. Essa excepcionalidade possibilitou entrar em contato com as primeiras narrativas sobre a *ajuda na saúde*.

Apesar de haver reunido um material significativo sobre o universo da política e um conjunto de questões que diziam respeito às expectativas sobre o desempenho dos políticos locais, de modo especial, em determinados temas críticos da vida cotidiana como enfermidades e mortes, decidi descartar temporariamente essas informações pela irrelevância com relação ao objeto de pesquisa da época.

Esse material etnográfico foi resgatado entre 2012 e 2013, quando me preparava para o doutorado, e a notícia da investigação policial, de prisão e do afastamento do prefeito do município veio a público. Pesavam sobre ele acusações de irregularidade, mau uso e desvio de recursos públicos da saúde. Esse caso não teria chamado tanto a atenção se não fosse o fato de se tratar do “político da saúde”, a maior referência sobre o “trabalho na saúde” para as pessoas daquele município. Dificilmente os munícipes se referem a esse político por seu nome de batismo; apesar de seu ofício

de comerciante, todos o conheciam como “Lino da saúde”, em referência ao “trabalho social” que desenvolvia nessa área.

Em 2015, quando comecei o trabalho de campo *stricto sensu*, o político atuava apenas nos bastidores da política, porque estava proibido pela justiça eleitoral de concorrer a qualquer tipo de mandato até o ano de 2020. O prefeito eleito após a queda do “político da saúde” havia sido um jovem médico herdeiro político de uma das famílias mais tradicionais nesse meio na região. Do mesmo modo, a composição política do legislativo também havia mudado muito pouco com relação à gestão anterior. E a população se dizia frustrada mais uma vez com as expectativas de melhorias no setor da saúde.

O prefeito devia fazer mais pela saúde, principalmente que o prefeito daqui é médico. A gente conhece ele como médico, né? Outro dia um rapaz disse: —ele como médico podia ter uma sala em Ponto de Cacimbas [hospital municipal] para atender as pessoas sacrificadas. (Fonte: J.O, agricultor, entrevista concedida em agosto 2016)

Agora médico só pagando e dizem que o prefeito atual é médico, mas pra mim não é médico, nem prefeito. Ele é um moleque, está aí para tomar cerveja, pra ser prefeito tem que ter garra. (Fonte: A. R. comerciante aposentado, entrevista concedida em agosto 2016).

O prefeito daqui dizem que dá consulta particular em Rio das Ostras [outra cidade], e o nosso lugar aqui precisando, poxa! É muito educado, mas para administração. (Fonte: Dona A. C, proprietária de uma frutaria, agosto 2016)

A insatisfação com o funcionamento do sistema de saúde e com o desempenho formal dos políticos no tema se agigantava à medida que o trabalho de campo avançava. Esse sentimento se manifestava em menções do tipo:

A política não olha a saúde com bons olhos, o nosso prefeito, por exemplo, é médico, eu penso que poderia se fazer um pouco mais. Eu não sei a quanto anda, mas acho que podia ser mais. Aqui, por exemplo [referindo-se ao único hospital do município], já teve maternidade, centro cirúrgico e infelizmente não funciona mais. E não teve justificativa para tirar as unidades. A gente trabalha de forma escravocrata, sem carteira assinada, sem férias e com um salário

de R\$ 800,00. (C. I., enfermeira do hospital municipal, entrevista concedida em junho de 2015)

O bom mesmo é não depender do público, porque na hora do voto querem o voto. [...] no consultório particular eles [os médicos] não têm pressa. Menino pode chorar lá dentro, cagar, ninguém tem pressa. (V.M., dona de casa, desabafo realizado na fila do hospital municipal em junho de 2015)

Com exceção do prefeito que recebia críticas endereçadas diretamente ao seu nome, as acusações do tipo: “os políticos não fazem nada pela saúde” eram elaboradas de um modo genérico e se contrastavam com o elogio realizado a certos políticos pela atuação particular na resolução de demandas específicas por serviços de saúde.

Ou seja, o descontentamento da população com esses serviços públicos, que resultavam em críticas às vezes duras aos políticos e à política, não excluía a expectativa acerca da atuação privada desses mesmos políticos na resolução de casos particulares de saúde de “eleitores amigos”, pois a *ajuda* estava aparentemente naturalizada no cotidiano e dissimulada através da relação político-eleitor na chamada “política da amizade”, que será abordada em outro item.

Os vereadores locais faziam questão de se apresentar como políticos solícitos e atentos às questões de saúde de seus eleitores. E mesmo o “político da saúde”, que havia sido afastado do poder por ordem judicial, continuava fazendo o “trabalho na saúde”, conforme garantiu à pesquisadora.

Para discutir o tema aqui proposto, lancei mão de informações apreendidas especialmente durante o trabalho de campo realizado entre 2015 e 2017, no contexto da investigação doutoral, sem, portanto, renunciar informações levantadas durante a experiência anterior (2004-2006). Trata-se de um material etnograficamente coletado com base na observação direta, realizada em diferentes eventos, momentos e situações no município nos períodos de estadia e articulada a outras técnicas de pesquisa, como conversas informais e entrevistas formais guiadas por um roteiro mínimo.

Em se tratando deste último procedimento, no contexto da pesquisa, foi possível entrevistar 15 políticos e 26 moradores (eleitores do município

entre 30 e 50 anos), que aceitaram compartilhar suas experiências de vida e concepção sobre o tema em estudo.

O grupo de políticos entrevistado estava composto por oito vereadores com mandatos na época da pesquisa, dois vereadores aposentados, um ex-prefeito da cidade (mandato 2008-1012) e quatro deles estavam pleiteando uma vaga no legislativo na época, ou seja, se preparavam para concorrer às eleições em outubro 2016.

Com relação aos eleitores, para além das inúmeras conversas informais que resultaram em acesso a informações riquíssimas e na elaboração de um material, consegui conversar formalmente com cinco agricultores, três donas de casa, quatro técnicos de enfermagem, seis comerciantes, um pedreiro, um vendedor ambulante, um professor, um atendente de loja, um pescador, um estudante e dois funcionários municipais.

“O QUE EU FAÇO AQUI É SOCORRER AS PESSOAS”: O MUNICÍPIO E OS ANTECEDENTES DA AJUDA

São Francisco de Itabapoana é um município caracteristicamente rural, localizado no extremo norte do estado do Rio de Janeiro. Sua existência político-administrativa ocorreu em 1995, quando o município foi emancipado de sua antiga sede, a cidade de São João da Barra. Ao contar a história municipal, Acruche (2002) assinala que a estagnação econômica e social e o abandono político caracterizavam o município antes da emancipação. Segundo relata no seu livro, as áreas de saúde e educação estavam completamente desassistidas até a década de 1980, a oferta educacional se limitava ao ensino primário e as más condições de estrada e de transporte aumentavam ainda mais as agruras daqueles que necessitavam de serviços de saúde. O autor assinala:

No setor da saúde a carência era total. Não havia postos de saúde nas principais comunidades, quer seja da rede municipal ou estadual, com exceção de São Francisco e Barra de Itabapoana que tinham postos médicos que mal funcionavam. Não havia ambulância do setor público para a remoção dos doentes, apenas algumas farmácias. Em Ponto de Cacimbas, Manoel carola tentava transformar o asilo em um hospital. (Acruche 2002, 99)

Schottz (2005) salienta que os únicos estabelecimentos de saúde do município até os anos 1980 estavam resumidos a um hospital filantrópico

e a quatro unidades de atendimento básico (que funcionavam basicamente como postos de vacinação). A ausência de investimentos públicos nos serviços básicos para atender a população constituída predominantemente por pequenos agricultores e assalariados rurais resultou no agravamento das questões de saúde após a disseminação da monocultura canavieira a partir dos anos de 1970 (Neto e Ajara 2006; Cruz 2006).

Para os moradores da região entrevistados no contexto da pesquisa, o atendimento no hospital filantrópico era basicamente a única alternativa conhecida para aqueles que não tinham condições para se deslocar em busca de atendimento em outras cidades ou regiões. E, apesar de que os recursos que possibilitavam o funcionamento do hospital filantrópico fossem na maioria recursos públicos, angariados através da amizade do seu fundador com personalidades da política, o atendimento era precário e, portanto, teve suas atividades encerradas em 1990. No entanto, no final dessa mesma década, o hospital foi municipalizado e reaberto (Acruche 2002).

Diante da debilidade da garantia dos direitos básicos que inclui o direito à saúde, o acesso a esse direito foi construído na base da ajuda e da beneficência. Entre o município e sua antiga sede ainda hoje não há ligação direta via rodovia. Para chegar de um lado a outro, era necessário viajar por outro município, mas como as condições de transporte e das estradas eram muito ruins, esse trajeto se tornava demorado e caro, o que dificultava e inviabilizava a circulação das pessoas (Acruche 2002). As necessidades que emergiam do “abandono” e do “isolamento” entre o município e sua sede, separados pelo Rio Paraíba do Sul e sem comunicação por terra, eram remediadas pela benevolência de vereadores que se tornavam intermediários da população nessas necessidades, como explicou dois vereadores aposentados:

Na época eu tinha um carro da Câmara que ficava comigo e eu atendia às escolas [...] Tinha procuração para pegar os salários e entregar em mãos aos funcionários. Levava gente pra médicos, pra hospitais e tudo isso. (R.A. ex-vereador aposentado, entrevista concedida à autora em março de 2015)

Entrei pra política em 1962, 32 anos de idade na época e eu tinha certa paixão pela política. Entrei no calor não sabia o que era partido, o que era legenda nem nada. Gostava de ver a política, acompanhar o comício, essas coisas. A política tem uma porta de

entrada e sair é difícil, mas eu fiquei assim [...] povão. Atendia as pessoas e foi assim que eu tive muita expressividade. Fui vereador em uma época em que não recebia subsídio, meu atendimento era o favor e o povo ficava agradecido. Era levar mulher para ganhar neném, mulher para o hospital. Comprei até um carrinho [automóvel] pra atender o povo. (M.R. ex-vereador aposentado, entrevista concedida à autora em junho de 2015)

Se esse tipo de atuação personalizada se justificava pelas condições socioeconômicas e geográficas anteriores à emancipação, o que justificaria esse tipo de intermediação após a emancipação municipal? Uma vez que, supostamente, os serviços se aproximariam do povo com o estabelecimento do novo município conforme sugere a opinião de um vereador local:

O problema é que o eleitor busca mais o vínculo particular do que o coletivo. Apresentar lei não é parâmetro para a população escolher o candidato, pois não fiscalizam o trabalho. Dia de sessão você vai encontrar mais gente no corredor pra falar com a gente do que dentro da plenária para assistir e acompanhar o trabalho do vereador. [...] Mas nós somos culpados, porque até pouco tempo atrás cada vereador tinha um ou dois carros para atender a população, levar para Campos. O vereador passava a ser uma espécie de entidade social, como se fosse uma ONG. Na minha comunidade mesmo tinha doze ruas, calçamos todas as ruas e foi a minha pior indicação de voto. Eu achei que não tinha que fazer campanha, quando perguntei para as pessoas elas diziam: “ah você fez a rua, mas não resolveu isso assim assim pra mim”. [...] Agora os serviços foram se aproximando do povo. Antes buscavam o político para resolver isso, mas alimentamos isso. Temos que cobrar que as coisas funcionem, mas isso é difícil acabar porque é um ciclo vicioso. O político para se eleger ele depende do eleitor. (M. A. vereador com mandato 2013-2016, entrevista concedida em agosto de 2015) [grifos meus]

Esse vereador, cuja ascensão política estava associada à militância político-partidária, teceu muitas críticas ao “trabalho na saúde”. No entanto, ao final da conversa, admitiu que ele próprio conciliava as atividades

parlamentares (formais) com esse tipo de atenção personalizada, pois percebeu que eficiência parlamentar não garantia a reprodução política no município.

Embora o relato desse político sugira que o problema estava na população que busca um vínculo mais particular do que o coletivo, há que ser ter em conta que, ao longo de mais de 20 anos de emancipação, as mudanças ainda eram insuficientes e não resultavam em ofertas de serviços básicos de qualidade no município.

Apesar da escassez de dados mais concretos e atualizados sobre o município, o relatório anual sobre o desenvolvimento socioeconômico, realizado pelo Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro, com base em bancos de dados oficiais e agências de estatística como Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), demonstrava que, embora os reconhecidos avanços em alguns setores nos últimos anos, os problemas de saúde e a desigualdade socioeconômica ainda persistiam. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), por exemplo, saiu da classificação considerada muito baixa e ascendeu a um índice considerado médio (0,639) em 2010 (última atualização realizada), mas, mesmo assim, o município continua ocupando uma das piores posições quando comparado ao IDHM dos demais municípios do estado do Rio de Janeiro (Tribunal de Contas do Estado 2017).

Sete anos após a emancipação, quase metade da população ainda estava abaixo da linha da pobreza (com renda *per capita* inferior a R\$156,00), tanto que o município foi escolhido como “um dos primeiros locais a ter acesso a um programa federal de transferência de renda” (Schottz 2005, 121).

Em fevereiro de 2017, período em que estava finalizando o trabalho de campo, havia 4.066 famílias que recebiam o benefício do programa social Bolsa Família (programa do Governo Federal), cujo direito é concedido apenas às “famílias que estão na extrema pobreza e que possuem renda *per capita* menor que R\$ 85,00 ou aquelas em estado de pobreza, que possuem renda *per capita* de R\$ 85,01 a R\$ 170,00”, segundo esclarecimento expresso na página do programa.

Dados como os levantados demonstram que a negligência com relação aos direitos ainda é uma realidade no município e se manifesta na precariedade das condições de vida locais como, por exemplo, nas

condições de renda/trabalho, no acesso à saúde e aos serviços públicos de saúde. Diante de tais condições, o acesso a esses direitos se materializa no chamado “trabalho social na saúde” ou “ajuda na saúde”.

Entretanto, cabe ressaltar que não é a pobreza que tem gerado essas alternativas, senão a falta de políticas públicas voltadas a atender as demandas da população de uma forma geral. O campo demonstrou que o acesso à saúde através da “ajuda” dos “políticos amigos” não era um arranjo restrito apenas às famílias ditas pobres ou de baixa renda, mas abrangia também aquelas pessoas consideradas abastadas para o padrão local, como comerciantes e pequenos empresários (Sarmiento 2017).

É preciso lembrar que a realidade municipal reflete também uma tendência nacional: o processo de sucateamento do serviço público como resultado da influência da poderosa “indústria da saúde”, que financia campanhas políticas e cujos *lobbies* estão presentes nas diferentes esferas do poder. Essas forças políticas têm atuado desde sempre para descaracterizar o direito à saúde, transformando-o em um nicho de mercado — um bem de consumo (Luz 1991; Rodrigues 2014).

O Sistema Único de Saúde (sus) brasileiro, que resultou da luta por direitos e foi consolidado na Constituição de 1988, é um exemplo para o mundo, mas funciona precariamente em decorrência de políticas e orçamentos direcionados a priorizar setores que favorecem a *indústria da saúde* em detrimento da saúde da população (Illich 1975; Orellana 2009; Oliva-Augusto e Costa 1999; Luz 1991; Rodrigues 2014).

De acordo com Luz (1991) e Rodrigues (2014), o somatório de questões como: as escolhas políticas sobre o orçamento federal a ser destinado à saúde, a forma como a gestão municipal da saúde é conduzida (gestão municipalizada do sus) e a forma como se estabelecem parcerias entre setor público e setor privado (através de prestação de serviço na saúde) no Brasil têm resultado em pouca melhoria nas condições de oferta de serviços públicos e têm se constituído em uma ferramenta de poder que comporta ambiguidades como, por exemplo, o uso eleitoral e a corrupção no setor da saúde.

Além dessas questões, a existência de uma forte e ineficiente burocracia redundante na demora no atendimento e num conjunto de práticas autoritárias, arbitrarias e assimétricas por parte dos profissionais da saúde, que naturalizam relações de poder, de dominação e de violência

simbólica que passavam a ser aceitas pela população como um aspecto natural dos serviços públicos de saúde (Pereira 2004).

Os demorados trâmites burocráticos, ao se somarem à precariedade dos serviços e ao mau atendimento, passam a ser naturalizados como uma dimensão do serviço público pela população e, portanto, esses serviços, no seu aspecto básico, passam a ser entendidos como uma alternativa apenas para pessoas pobres que não têm condições de pagar por serviços privados de saúde (Pereira 2004).

A colonização da política por setores econômicos conforme assinala Oliveira (2007) se manifesta em: retrocesso de direitos, corrupção, degradação dos serviços públicos e descrédito da população na capacidade formal das instituições políticas para atender as necessidades coletivas. Nesse contexto, a busca de formas particulares de satisfazer as demandas mais urgentes como aquelas relacionadas à saúde se torna inteligível.

A população procura a gente e não podemos negar, temos conhecimento com pessoas de outras cidades, temos conhecimento fora e acesso. A população que mais necessita tem mais dificuldade de chegar e encontram muitas barreiras. As pessoas que trabalham na área dificultam muito o acesso. E eu tentei ser um intermediário nisso aí. (A.B. vereador do município mandato 2013-2016, entrevista concedida em abril de 2017)

No município, a descrença nas instituições públicas produz o seguinte paradoxo: a população emite duras críticas à “política” pelo estado em que se encontra a saúde, mas elogia determinados atores políticos, como o político acima, que usam o cargo para transcender as burocracias e possibilitar o acesso personalizado ao atendimento.

Além disso, cabe assinalar que a emancipação municipal que, em tese, marcaria também um novo momento político, não significou uma ruptura com aquela “política de favores”, em voga quando a sede ainda era em São João da Barra, mas, ao contrário, como demonstra o relato de descendentes de antigos vereadores:

Eu cresci vendo papai ajudar as pessoas, levando pra Campos, levando pra médico [...] Ontem mesmo socorri uma pessoa que estava com um filho doente e mandei levar para Campos. Tem final de semana que tem dois ou três carros meus emprestados. Tive uma derrota eleitoral, mas uma vitória política muito grande, meu nome está aparecendo bem

cotado até para prefeito. (R.R., pré-candidato ao cargo de vereador nas eleições de 2016, entrevista concedida em fevereiro de 2015)

Eu sempre gostei desde novo de política. Sempre ajudei e as pessoas vão ficar devendo favores. Aí a gente vai trabalhando no serviço da gente e vai vendo que os políticos não cumprem com os compromissos. Então falei com meu pai, isso foi na política em 2004 a convite de Pedro Cherehe [prefeito na época]. [...] Hoje estou resolvendo questões de cirurgia. Quando não conseguimos temos que pagar. Tem eleitor que valoriza a presença do vereador na comunidade e outros já valorizam aqueles que, quando chega perto das eleições, resolvem alguma coisa. É importante estar no meio do povo, pois o povo bota e o povo tira. (R.B, vereador mandato 2013-2016, entrevista concedida em junho de 2015) [grifos meus]

O VOTO, A “POLÍTICA DA AMIZADE” E A QUESTÃO DA AJUDA NA SAÚDE

O descrédito na política formal como ferramenta capaz de promover o bem comum apareceu durante toda a pesquisa. Como pano de fundo figuravam as lembranças de anos de promessas eleitorais não cumpridas e o acesso às notícias de corrupção diariamente veiculadas pelas principais cadeias de televisão. O acesso a essas notícias, na maioria das vezes propagadas de forma acrítica e sensacionalista, produzia grande frustração com relação à política e fomentava a crença de que esta é movida apenas pelo interesse.

Política para mim é uma mentira, é muita pouca vergonha e engano, a política no município está horrível. Nada que presta, quando chega perto das eleições começam a procurar os outros. (R.G. atendente de padaria, entrevista concedida em agosto 2016)

Política ninguém vive sem ela, queira ou não queira. Se é hospital precisa de política, se é posto de saúde precisa de política. Tem política e politicagem. Agora a política aqui está péssima, a política foi desvalorizada. Não é de dizer o cara [o político] foi ruim não, é que está zerado mesmo. As comunidades todas desprezadas. (J. O., agricultor, entrevista concedida em agosto 2016)

A política vem de muito tempo atrás, mas nada mudou em nosso município. A maioria [dos políticos] não trabalha para evoluir o

município, mas trabalha para encher o bolso. Há venda de votos, eu na verdade voto por consideração. A pessoa vai ser um bom político se já ajuda os outros sem interesse, então vai ser um bom candidato. (F. M. vendedor, entrevista concedida em agosto de 2016)

A política aqui está desacreditada. Na política vem todo mundo, mas acabou nem um adeusinho, nem um obrigado. (I. M., dona de casa, entrevista concedida em agosto 2016)

Política pra mim é um jogo de interesses. Hoje em dia está assim, a visão que os políticos têm é uma e da população é outra. Desde sempre há esse voto de cabresto, as pessoas pensam que mudou mais não mudou. Antigamente se comprava o voto com um favor, levava para conseguir uma consulta. Hoje tem políticos que compra voto com R\$5.000,00 por 3 votos. (U. H., proprietário de loja agropecuária, entrevista concedida em setembro 2016)

Aumentava o rechaço à política diante do que esses moradores identificavam como a instauração de uma “política do dinheiro” no município, isto é, candidaturas de pessoas em tese descomprometidas com qualquer tipo de causa que tentavam ascender politicamente através da “compra de votos”, conforme a fala de U. H., citada acima.

Ao descrever os políticos que recorriam à “compra de votos”, os moradores os caracterizavam como pessoas que “não faziam nada pra ninguém”. Portanto, quando um candidato assim identificado não se encaixava nos principais critérios de legitimação política local — ou seja, se não descendesse de uma família de políticos, se não tivesse algum trabalho social anterior ou militância política —, levantava suspeita (Sarmiento 2017).

O contraponto à “política do dinheiro” ainda era chamado de “política da amizade”, descrita como a forma ideal de fazer política, porque baseada no prestígio conquistado a partir de uma relação de confiança e trocas mútuas não monetárias entre políticos e eleitores.

Atentos a essa distinção, os políticos entrevistados faziam questão de sempre declarar que “faziam a política da amizade”, e não a “do dinheiro”. E explicavam:

Minha eleição era na base da amizade. Naquela época era um eleitorado amigo. Hoje é por causa de dinheiro. Se não der dinheiro, eles não votam. Minha última eleição eu estava programado para ter mil votos e tive 400,

porque não tive dinheiro para pagar os eleitores. (A. R., vereador aposentado, entrevista concedida em fevereiro 2015)

Tem gente que compra voto e tem voto de amizade, o que eu faço aqui é socorrer as pessoas e levar pra Campos. (Z. C., vereador com mandato 2013-2016, entrevista concedida em fevereiro de 2015)

Eu não gosto dessa política que só vai à casa do eleitor nas vésperas da eleição, senão deixa transparecer que é interesse próprio ou pessoal. [...] Faço a política do dia a dia. (M. S. A., vereador mandato 2013-2016, entrevista concedida em junho de 2015)

Fui mais votado que o candidato que gastou mais de R\$ 200.000 na minha localidade. Apesar dele investir tudo isso fui mais bem votado. Você não vai conquistar quando compra o voto, vai adquirir o voto. (R. R., comerciante e pré-candidato a vereador no período da pesquisa, entrevista concedida em fevereiro 2015)

A “política da amizade” antecede a emancipação municipal e se refere à disposição contínua do político para ajudar e realizar favores antes, durante e após as eleições. Esses favores, obviamente, resultavam na consideração do eleitor que, em contrapartida, podia retribuir com amizade, apoio político e voto. Dessa relação, emergiam as categorias nativas: “político amigo” e “eleitor amigo” e formas de apoio mútuo que transcendiam as relações políticas propriamente ditas, como evidencia este último relato.

Insinuações por parte de políticos sobre a oferta de dinheiro ou de “ajuda na saúde” em troca de votos estavam muito mal vistas, mas retribuir esses favores com apoio e voto, quando estes eram realizados de forma aparentemente espontânea e desinteressada, estava naturalizado. A maioria dos entrevistados havia decidido o voto em pelo menos uma eleição com base na *consideração* e na *amizade* por esses tipos de favores recebidos pessoalmente ou pela família.

A nítida frustração com a política e a descrença na efetividade dos serviços públicos de saúde tornava o “trabalho na saúde” um *recurso político* importante. Pautando-me por Coradini (2001), utilizo a categoria analítica *recurso político* como atributos pessoais que legitimavam e/ou potencializam as carreiras políticas como, por exemplo, a militância partidária, o nome de família, a ocupação de cargos públicos etc.

O sentimento de engano provocado por anos de promessas eleitorais não cumpridas, especialmente referentes à área da saúde, tornava as qualidades pessoais dos políticos algo bastante valorizado. Sentimento que se agravou ainda mais após a ascensão e a queda de um político identificado pelos moradores como o “candidato da saúde”. O político assumiu a administração municipal em 2008, como o prefeito mais bem votado do município, mas, antes de terminar o mandato em 2012, foi afastado do cargo, preso e acusado de desvio de milhões de recursos públicos da saúde.

Diante desse contexto, a escolha dos representantes era guiada muito mais por critérios pessoais e emocionais como: *amizade*, simpatia, atenção personalizada e o fato de o político “ajudar as pessoas” do que pela atuação formal desses políticos no âmbito da atividade parlamentar.

Em 2016, por exemplo, um trabalhador rural, a quem entrevistava, assinalou: “aquele menino [um vereador local] é uma boa opção de voto, porque é boa pessoa e dizem que ajuda muito as pessoas também”.

“ISSO AQUI TEM DIA QUE PARECE UM POSTO DE SAÚDE”: INSERÇÃO POLÍTICA E LÓGICAS DA AJUDA

Durante o trabalho de campo, os políticos entrevistados, com exceção de uma vereadora, atribuíram o êxito na carreira política ou a quantidade de votos recebidos nas eleições ao reconhecimento da população por algum tipo de “trabalho” realizado na saúde.

“Isso aqui tem dia que parece um posto de saúde”, disse-me um candidato ao conceder entrevista em sua residência. Segundo ele, sua casa estava sempre de portas abertas para atender as pessoas que necessitam de sua *ajuda*, que se constituía em pequenos *favores* como aferição da pressão arterial, realizada na varanda da própria casa pela esposa enfermeira, no transporte de pessoas ao médico em seu carro particular, além de intermediações mais complexas como marcação de consultas, exames e cirurgias. Na ocasião da entrevista, tinha em mãos um caderno de notas onde registrava cada caso atendido. Ao folheá-lo ante a pesquisadora, garantiu que só naquele caderno constavam mais de quatro mil atendimentos.

A trajetória do político mencionado coincidia com boa parte dos demais políticos entrevistados, precedia do ofício de comerciante, ramo de atividade através do qual estabeleceu muitas relações pessoais, às vezes com pessoas

influentes, que possibilitava interceder em favor de famílias que passavam por dramas de saúde. Conforme obtinha êxito nesse empreendimento, sua fama se espalhava na região e chegava ao conhecimento de partidos políticos ou de políticos consolidados que lhes procuravam em busca de apoio ou para tentar transformá-los em candidatos.

De um apoio político inicial quase sempre resultava um cargo de confiança no setor público como contrapartida, a maioria das vezes no setor da saúde. Através desses cargos, ampliavam a rede de relações pessoais e, conseqüentemente, o “trabalho na saúde”. Para a maioria dos entrevistados, a experiência em um cargo público de confiança era também um momento de preparação e legitimação política para as próprias candidaturas. Esses políticos geralmente atribuíam a própria inserção política a essas experiências, articulando-as a percepção sobre os problemas enfrentados pela população no âmbito da saúde.

No entanto, a imersão no tema da saúde resultava de experiências particulares quase sempre iniciadas com pequenos “socorros” à vizinhança. A posse de um automóvel ou o ofício na área de saúde eram os principais elementos de distinção que possibilitavam certas pessoas se colocarem à disposição e oferecerem ajuda nesse sentido.

A decisão de entrar para o universo político estava sempre associada, pelos próprios políticos, à ideia de continuar *ajudando* as pessoas, mas, ao ascenderem aos cargos, essa questão permanecia apenas no âmbito da *ajuda* e dos *favores*. Durante as entrevistas, os poucos parlamentares que haviam apresentado algum projeto ou proposta de lei em algum momento do mandato tratavam de temas como: questão fundiária, esportiva e de infraestrutura, e nada sobre o tema da saúde.

No entanto, quando eu perguntava sobre a atuação política, a frase que eu mais ouvia era: “o que eu faço aqui é ajudar as pessoas”. Todavia, os políticos com narrativas em que os elementos de obrigação moral estavam mais explicitamente articulados ao uso intencionado da ajuda, costumavam complementar a frase acima com outra: “quem não é visto não é lembrado”, pois esses políticos também tinham consciência de que quanto mais disponíveis e procurados pela população, quanto mais atendimentos fizessem, maiores as chances de manter um fluxo de comunicação e, conseqüentemente, de serem prestigiados, já que uma das maiores queixas estava remetida àqueles políticos que só apareciam nas vésperas das eleições (Heredia 2002; Marques e Vilela 2002).

Esses políticos afirmavam que os oportunistas dificilmente conseguiam se afirmar na política, pois eram incapazes de estabelecer esse tipo de comunicação e de *amizade* com o eleitorado, pois mantê-las significava não ter “sossego”, ou seja, ser todo o tempo importunado, como explicou um dos vereadores: “a gente não tem sossego [os políticos que ajudam]. Eu estou com 78 anos, aí chega um: ‘Ah meu filho está passando mal!’ Aí deixa eu ligar pra ambulância [...], se não conseguir tenho que usar o carro próprio, porque não vou deixar morrer, né?” (E. C., vereador do município, mandato 2013-2016, entrevista concedida em fevereiro de 2015).

Entretanto, alguns políticos também estavam convencidos de que essa disponibilidade era mais do que a *obrigação* do político e faziam desse entendimento uma premissa básica para suas atividades políticas. Assim, o “trabalho na saúde” resulta dessas múltiplas lógicas morais, às vezes ambíguas, operadas pelos próprios políticos, mas compartilhada também pelos eleitores. Para ambos, o papel do vereador não era apenas fiscalizar o trabalho do executivo e propor leis para o município, senão, sobretudo, “ajudar o eleitorado”; nesse contexto, as pessoas votam nos políticos que “ajudam”, e os políticos “ajudam” em detrimento da sua função formal para serem votados.

O “TRABALHO NA SAÚDE”: ENTRE A OBRIGAÇÃO E O “INTERESSE”

Como a herança política familiar era a principal forma de legitimação política no município, a *ajuda* era também uma forma de “fazer o nome” (Sarmiento 2017). As pessoas se tornavam conhecidas e reconhecidas por prestar assistência em áreas como a saúde, como mencionou um funcionário público municipal: “Ah, ele foi presidente da câmara e fez muito trabalho na área de saúde. Os vereadores acabam se fazendo através do trabalho na área, ou seja, naquilo que o município não tem” (fragmentos da entrevista concedida por E. F. em fevereiro de 2015).

Um dos vereadores mais elogiados durante as entrevistas, mencionado como alguém que prestava um bom “trabalho na saúde” e, portanto, “uma excelente opção de voto”, revelou:

Eu não tive família no meio político, nasci no comércio, sou filho de comerciante. Em 1996 um ex-patrão meu veio candidato. Ele não se eleger e ficamos ativo nesse meio. Em 2001 eu fui convidado para trabalhar no gabinete do ex-prefeito e vi que a maior necessidade da população era na área da saúde, aí decidi vir candidato em 2008.

Não me elegi, fiquei como suplente. Aí vim de novo em 2012 me elegi e continuei trabalhando na área da saúde. Eu comecei como chefe de gabinete e as pessoas *iam pedir ajuda* ao prefeito e eu intermediava, acabava sendo interlocutor. *A população procura a gente e não podemos negar*, temos conhecimento com pessoas de outras cidades porque temos conhecimento fora e acesso. A população que mais necessita tem mais dificuldade de chegar ao atendimento porque encontram muitas barreiras, as pessoas que trabalham na área dificultam muito o acesso. *E eu tentei ser um intermediário nisso aí.* (A.B. vereador do município mandato 2013-2016, entrevista concedida em abril de 2017) [grifos meus]

Quando perguntado sobre como realizava o trabalho na saúde, assinalou:

Noventa e nove por cento das pessoas que me procuram têm essa dificuldade e sabe que eu faço esse trabalho. Às vezes, a pessoa já tem um exame marcado e não tem o dinheiro para ir. Então eu levo ou peço o carro da prefeitura. Agora de manhã mesmo, estava em Campos fazendo acompanhamento, porque o aparelho de raio-x do município está quebrado e a pessoa precisava de exame de sangue e tal. Então eu entrei em contato com o pessoal de lá [funcionários do posto de atendimento]. Às vezes as pessoas não têm condições de pagar exames de sangue e acabam buscando pessoas que possam ajudar [...]. E até mesmo quando é particular às vezes só precisam de uma forcinha. Outro dia teve o caso de um rapaz que a esposa estava grávida e precisava de cirurgia [cesariana] e o médico tinha cobrado muito caro. Aí eu liguei pro médico e negocieei baixar o preço e ele abaixou. O cara ficou todo feliz. (A.B. vereador do município mandato 2013-2016, entrevista concedida em abril de 2017)

Assim como o vereador citado, outros políticos se definiam como “intermediários” entre a população e os serviços de saúde, especialmente os serviços públicos. Reconheciam as necessidades da população nessa área e concebiam a si mesmos como possuidores de prerrogativas que os capacitavam a assumir essa posição. Inclusive, aliando-se ou pressionando os funcionários da saúde, através da posição de poder que exerciam, para satisfazer as demandas de saúde dos “seus apadrinhados”, conforme revelou enfermeiros entrevistados no hospital municipal.

Outra grande referência local, o “político da saúde”, contou que sua trajetória na política iniciou após o assassinato de um tio vereador que “tinha um trabalho social bom”. Após a morte do parente, ele próprio deu continuidade ao “trabalho” e se candidatou ao legislativo da cidade. Ao interrogá-lo sobre em que consistia esse “trabalho social”, o político respondeu:

Ajudar as pessoas mais carentes. Montei uma entidade, os políticos denunciaram.

Montei o Instituto Isa, nome de minha mãe, e a própria justiça fechou. A justiça alegou que abrem isso em troca de voto. Conseguia consulta e cirurgia em Itaperuna, nós levávamos as pessoas para essas coisas mais complexas. A gente colhe o que a gente planta. Acabou que eu tenho uma loja em Itaperuna e as pessoas vão comigo para lá até hoje, porque eu vou pra lá uma vez por semana. (Ex-prefeito do município, entrevista concedida em setembro 2016)

Na época da entrevista, o político estava penalizado pela justiça eleitoral e proibido de se candidatar até 2020, mas garantiu que continuava realizando o “trabalho social na saúde” e foi um dos que me garantiu que “quem não é visto não é lembrado”. Conforme ele próprio explicou, apesar de estar “fora da política”, continuava marcando consultas, exames e cirurgias para pessoas do município em um hospital da cidade onde o político possuía uma loja de móveis. Acessava os atendimentos através do serviço de uma funcionária incumbida de realizar essa atividade. Quando o agendamento era realizado, a funcionária enviava o prontuário do atendimento, e o político avisava as pessoas que seriam atendidas e as transportava ao referido hospital no dia marcado.

Quando a demanda era mais complexa, o político se dirigia pessoalmente ao hospital para conversar com médicos e enfermeiros com quem possuía muito boa relação segundo assinalou. Ao final da entrevista, mostrou mensagens recém-trocadas com a funcionária, através da aplicação WhatsApp, em que apareciam fotos de prontuários de atendimento com o devido agendamento. Após mostrar o celular, o político mencionou: “Viu? Só essa semana tem três atendimentos agendados”.

Durante toda a narrativa, a ambiguidade de suas intenções ficou bastante evidente. Havia sido vereador (dois mandatos) e prefeito da cidade (um mandato), mas todo o relato sobre sua atuação girava

em torno do “trabalho social” que realizava. Inclusive havia tentado institucionalizar esse “trabalho” através de entidades de assistência que foram barradas pela justiça por entender que essas pretensas entidades tinham um cunho eleitoral, conforme ele mesmo explicou. Apesar disso, seguia intermediando a população em suas demandas de saúde e conseguia solucioná-las até mesmo fora do estado do Rio de Janeiro, como assegurou.

O mais interessante foi notar que, embora esse político possuísse a fama de realizar esse “trabalho na saúde” e, portanto, fosse acionado pela população em busca de “ajuda”, na época da pesquisa, esse político não gozava de uma boa reputação como outros vereadores. Para uma parcela dos entrevistados que se referiram ao nome desse político, a “ajuda” que promovia por ele era uma ajuda interessada. Alguns chegaram a dizer: “ele ajuda porque está interessado no voto”.

A narrativa de uma candidata ao pleito de 2016 revelou situação semelhante ao do político acima referido. Segundo esclareceu à pesquisadora, sua entrada na política devia-se a duas motivações. O interesse pela política, adquirido durante o período em que esteve casada com um vereador do município. E o conhecimento sobre as necessidades de saúde da população, após ser nomeada para um cargo de confiança na área de saúde do município. Mostrava-se empenhada em ocupar o cargo de vereadora para melhorar às condições de acesso aos serviços públicos locais, mas, paradoxalmente, essa justificação se esbarrava na revelação de que havia criado uma organização não governamental (ONG), cujo objetivo era captar recursos da prefeitura para prestar serviço de saúde às mulheres do município. Quando eu perguntei se se tratava de um projeto político, ela respondeu: “não, é um projeto de Maria cidadã, não como Maria candidata, o vereador não pode prometer porque ele não sabe como será o amanhã”.

Apesar da emergência desses casos, a narrativa da população mostrou que os entrevistados, longe de serem agentes passivos diante de políticos supostamente mal-intencionados, estavam bem atentos às fronteiras entre a ajuda desinteressada e a ajuda interessada.

Às vezes, o “trabalho na saúde” começava de forma “espontânea” muito antes de surgirem esses convites políticos, como atesta a narrativa de um farmacêutico local. Segundo o relato desse político aposentado, a ajuda na saúde era algo que fazia de forma natural através da sua atividade na farmácia. Ao atender as pessoas nesse estabelecimento, um

dos poucos que tinha na região na época, “nunca deixei de atender uma pessoa pobre. Conseguia amostra grátis com os laboratórios para doar para as pessoas carentes. Quem não podia comprar eu doava”, segundo seus próprios termos (fragmentos da entrevista concedida à autora em fevereiro de 2015). Explicou que, além de “consultar” e conseguir remédio, já que médico era muito difícil na região, também cuidava de problemas de fraturas, torsões etc. Às vezes, cuidava até mesmo de casos mais complexos. Foi assim que adquiriu prestígio junto a muitas famílias da região.

A cada *favor* realizado, conquistava a *consideração* e a *amizade*. Essa reputação chegou aos ouvidos de um deputado estadual que, na época, disputava à prefeitura da cidade, e este o procurou em busca de apoio político. Naquele momento, descobriu o prestígio que tinha, pois conseguiu reunir muitos votos para o deputado e, posteriormente, se candidatou à vereança da cidade, cargo que ocupou durante quatro mandatos consecutivos (16 anos). Ou conforme mencionara, ocupou até “quando eu sabia que ia perder, porque a minha eleição era na base da amizade, na próxima eleição eu resolvi parar”.

A AJUDA NA SAÚDE: REPUTAÇÕES E DILEMAS MORAIS

Antes de prosseguir é importante ressaltar que o “trabalho na saúde” e “ajuda na saúde” são termos empregados pelos políticos e eleitores para definir o mesmo fenômeno. No entanto, a maioria dos políticos considerava a “ajuda” um “trabalho” importante dentre outras atividades que desenvolviam enquanto parlamentar. Às vezes tratavam essa assistência como um “trabalho”, outras vezes como um “trabalho social”. Para a população, essa assistência era pensada em termos de “ajuda”, “favor” e algumas vezes se referiam ao “trabalho social” de determinado político.

Quando se referiam a um trabalho social, quase sempre estavam se remetendo àqueles políticos cuja “ajuda na saúde” era prestada de forma sistemática, que atuavam quase como uma entidade de assistência; referiam-se também a pequenos favores como uma orientação para conseguir um determinado atendimento e a grandes favores como aqueles de conseguir uma cirurgia complicada ou um exame mais complexo. Nesse caso, os grandes *favores* eram entendidos como uma “ajuda”. Quando esses *favores* na saúde eram realizados bem antes das eleições, de uma forma geral, não eram visualizados como uma *ajuda*

interessada. A antiguidade do atendimento e sua continuidade após o processo eleitoral denotava para a população que a atividade do político transcendia os interesses calculistas.

Vigorava a ideia de que os políticos oportunistas só se colocavam à disposição quando as eleições se aproximavam. Alguns desses políticos chamados de “interesseiros” eram acusados de “desaparecer” durante o mandato para não atender o eleitorado: “tem políticos que são daqui, se elegem, compram casa fora e vão embora para não atender a comunidade” (Z. C., vereador mandato 2013-2016, entrevista concedida em fevereiro de 2015).

Em contrapartida, os políticos ou candidatos que estavam disponíveis e seguiam realizando esse “trabalho” antes, durante e após as eleições gozavam de muito prestígio no município. Assim como havia aqueles que se desprestigiavam ao deixar transparecer o interesse eleitoral, aos olhos da população, ao tratarem de temas como morte e saúde.

Abordagens do tipo eleitoreira vistas como aquelas essencialmente interessadas no voto, quando eram articuladas a temas como emprego, facilitações fiscais, perdão de dívidas etc. recebiam algumas críticas, mas eram bastante toleradas pela população e, às vezes, até mesmo naturalizadas. Os políticos podiam tentar negociar apoio político em troca de favorecimentos pessoais sem necessariamente prejudicar sua imagem, mas oferecer dinheiro em troca de votos ou negociar com as necessidades de saúde da população era uma atitude considerada execrável pela maioria dos entrevistados.

Durante o trabalho de campo, surgiram algumas situações desse tipo que passo a narrar à continuação. A primeira delas se referia à reputação de um ex-deputado estadual que havia sido prefeito da cidade. O político era tido como alguém que havia realizado uma administração razoável do município quando esteve à frente da prefeitura da cidade, mas, ao longo do mandato, havia adquirido uma má reputação por descumprir promessas pessoais de antes de ascender ao cargo. “Fez muita coisa como prefeito, mas é muito sem palavra”, garantiu uma moradora. Essa má fama era assinalada tanto por seus adversários como por seus correligionários (G. N, dona de casa, entrevista concedida em julho de 2015).

Dentre as queixas dirigidas a esse personagem da política local, o relato de sua própria prima chamou a atenção. Segundo sua narrativa, o então deputado estadual, que pleiteava o cargo de prefeito da cidade,

discursou durante o funeral de um membro de uma das famílias mais conhecidas na região. Na ocasião, homenageou o morto com um discurso e comprometeu-se publicamente a pagar as despesas do funeral. Esse gesto aparentemente afetuoso e concebido como uma demonstração de *consideração*, meses depois se tornou motivo de decepção quando a família do morto descobriu que a dívida com a empresa funerária não havia sido saldada conforme prometido. Essa constatação levou a família do morto a considerar o deputado um oportunista, rompendo com ele as relações e associando-se a seu maior adversário político na região.

Para minha interlocutora, o político havia cometido um erro irreparável, sendo “oportunista” e “proveitador” num momento de tamanha gravidade. Havia tentado “fazer o próprio nome” em cima dos sentimentos daquela família. E revelou que, desde então, havia se tornado, ela própria, “adversária número um” do político, fazia campanha eleitoral para o adversário e não perdia uma oportunidade para desmoralizá-lo, pois ele não merecia consideração nem como parente e menos ainda como político.

Relato bastante semelhante foi dado pela proprietária de uma pequena frutaria local que definiu como oportunista e mau caráter a atitude de um político que tentou negociar os votos de sua família em troca de ajuda numa questão de saúde. “Meu genro procurou e ele disse que não podia fazer nada, mas perguntou quantos votos ele conseguia. *Aí não, né?*”, declarou (E.C., comerciante, entrevista concedida em outubro de 2016). Segundo ela, a proposta ocorreu quando pediram ao político para intermediar o acesso de seu genro enfermo a determinado serviço de saúde. Não obstante, essa decepção foi substituída pela gratidão a um segundo político que, ao contrário do primeiro, ofereceu ajuda sem exigir nada em troca. Declarando na ocasião: “eu ajudei, mas vocês votam em seu candidato” (fragmentos da entrevista concedida em agosto de 2016).

Como demonstram esses dois casos, os *favores* ou a *ajuda* quando parecem desinteressados criam ou reproduzem os vínculos de *amizade*. A aparente abnegação contida na lógica do candidato que afirma: “eu ajudei, mas vocês votam em seu candidato”, ao contrário do interesse descarado demonstrado pelo primeiro político, produz forte sentimento de dívida moral, pois é exatamente o ato de associação livre que caracterizaria os laços de *amizade* e mobiliza o espírito da dádiva (Mauss 2003; Pitt-Rivers 1971).

Diante da demonstração de solidariedade do segundo candidato, a comerciante se sentiu automaticamente impelida a apoiá-lo politicamente não pelo desejo de quitar uma dívida, mas movida pelo *espírito da dívida*, ou seja, pelo reconhecimento daquele gesto como de generosidade e, obviamente, da qualidade moral daquele político quando comparada àquele que tentou negociar *ajuda* por votos (Godbout 1998).

Este último, ao atuar como um *proveitador*, corrompeu, pois, o *princípio da amizade* (Pitt-Rivers 1971). Perdeu o apoio não só da família do enfermo, como maculou sua reputação também diante da comunidade, pois a comerciante informou que fazia questão de contar para a vizinhança que tipo de político ele era.

Outros políticos, embora fossem conhecidos pelo “trabalho na saúde” e procurados para ajudar nessa questão, não gozavam necessariamente de boa reputação por esse “trabalho”, pois o empenho em ajudar as pessoas era concebido tinha um objetivo eleitoreiro. Esses casos geravam agradecimentos, mas dificilmente sentimentos de gratidão duradoura, porque as pessoas se diziam conscientes que esses políticos só ajudavam interessados no voto. Sobre a ajuda de um desses políticos, um vendedor ambulante relatou: “o eleitor não é bobo, vou dar um votinho para ele que ele ajudou, fez a operação de vista do meu pai. Antes das eleições ele ajudou para operar em Itaperuna, fazendo isso para se eleger, entende?” (J.C., vendedor ambulante, entrevista concedida em setembro de 2016).

Todavia, quando a *ajuda* ou os *favores* não estavam associados ao interesse por apoio político ou voto, o sentimento de dívida de gratidão transcendia eleições e, portanto, não só produziam votos como lealdade política por várias eleições. Esses casos, inclusive, podiam produzir fortes dilemas morais para os eleitores, conforme demonstra o caso da proprietária de uma loja de moda.

Depois de criticar o descaso das autoridades locais com os serviços básicos de saúde e afirmar: “infelizmente os políticos não fazem nada pela saúde”, a interlocutora revelou que nem sempre o político que vence as eleições é aquele com competência legislativa, mas aqueles que tem *amizades* e vínculos de *obrigação* com o eleitorado. E exemplificou com a própria experiência pessoal. Segundo ela, havia anos que sua família votava em um único candidato mesmo sendo contrária à reeleição e estando consciente que o serviço prestado por ele ao município era insignificante.

Em todo período eleitoral se vê diante do mesmo dilema e decide votar com a família mobilizada pelo sentimento de *obrigação moral* em decorrência da *ajuda* recebida do político quando um membro da família passou por um grave problema de doença. Embora o fato tenha ocorrido muito antes de o político se candidatar ao primeiro mandato, a família entende aquela ajuda como uma dívida impagável, portanto o apoio político e o voto eram vistos como o mínimo que ela podia fazer para retribuí-lo. E, pela mesma razão, votaram também no filho do político quando este se candidatou para vereador do município.

Casos semelhantes foram coletados durante o trabalho de campo, e algumas pessoas diziam evitar o máximo aceitar pequenos favores de políticos, porque não desejavam “dever obrigação”, mas, diante de uma enfermidade ou morte, a ajuda às vezes era um imperativo e gerava sentimentos de gratidão e amizade duradouros e sem precedentes. Assim, quando essa *ajuda* era dada antes mesmo do doador enveredar para a carreira política, as eleições se configuravam em um momento para retribuir a ajuda dada (Palmeira 1996). Ou, como bem observou Pitt-Rivers (1971, 163) ao analisar as relações de amizade:

La gente honorable es cauta en aceptar favores que no sería capaz o no desearía tener que devolver. Alguien puede desear la amistad de otro con el fin de sacar partido de ella. Una vez aceptada no se puede dejar de cumplir con las obligaciones de amistad sin aparecer como un aprovechado, por haber establecido falsamente un acuerdo tácito. Esta implicación, que hace perder la honra a un hombre, frecuentemente es usada por los que explotan el principio de amistad.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar das mudanças ocorridas após a emancipação municipal, a *amizade* e os *favores* apareceram como ingredientes importantes da política local. A atuação personalizada dos políticos nos assuntos de saúde era um assunto tratado com naturalidade entre as pessoas do município. Os vínculos com certas autoridades com as quais pudessem contar em caso de necessidade eram motivo de orgulho de alguns munícipes entrevistados.

Ter *amizade* com autoridades locais às vezes era condição *sine qua non* para conseguir atendimento ou mesmo para ser bem atendido nos

estabelecimentos públicos. A intermediação dessas autoridades era ainda mais importante quando se referia à demanda por serviços de média ou alta complexidade que resultavam no encaminhamento de atendimentos para outras cidades.

De acordo com os critérios estabelecidos por lei, o município estava autorizado a ofertar apenas os serviços básicos de saúde devido ao critério populacional. Os serviços públicos de média e alta complexidade são implantados em municípios com população superior a 50 mil habitantes. Assim, diante dessas demandas, através da Secretaria Municipal de Saúde, esses casos devem ser encaminhados para as unidades de grande porte administrativamente designadas para o atendimento da região. No entanto, diante de inúmeros entraves e burocracias, os políticos se articulavam para resolver essas demandas que surgiam ou para as quais eram acionados.

Um político local chegou a afirmar que os problemas da saúde não resultavam da falta de recursos, mas de problemas de má gestão e da burocracia que, às vezes, tornavam impossível o acesso independente da população a determinados serviços. Portanto, parte dessas necessidades era satisfeita através das relações pessoais. Alguns políticos se tornavam hábeis conhecedores dos trâmites para atender essas demandas e travavam relações pessoais com profissionais da saúde que facilitavam o atendimento.

Não obstante, esse tipo de atuação era bastante apreciado pela população que, com frequência, entendia essa articulação como uma atividade inerente ao cargo ocupado. Os políticos, por sua vez, conversavam sobre essas intermediações e os *favores* realizados nessa área com bastante naturalidade, porque também entendiam que esse tipo de atenção pertencia a um conjunto de obrigações que tinha com o eleitorado.

Nesse sentido, embora a atenção personalizada na saúde no município pudesse, à primeira vista, parecer uma estratégia clientelista e exclusivamente eleitoreira, e que alguns políticos utilizassem o “trabalho na saúde” para garantir votos, à medida que a pesquisa avançava, tinha acesso a lógicas morais que me desautorizavam a pensar essa prática política como uma relação unicamente interessada, pois outros elementos como “a busca de prestígio, poder e o cumprimento de obrigações formais e morais” também estavam presentes (Bezerra 1999, 16-17).

Havia uma descrença generalizada no sistema político e na capacidade dos representantes eleitos realizarem mudanças concretas em benefícios

da população e de suas demandas de saúde. As pessoas, em geral, desacreditavam o trabalho formal dos políticos acusando-os de “não fazer nada”. Segundo essa lógica, a ajuda personalizada, com base nas necessidades urgentes das pessoas, era o mínimo que eles podiam fazer.

Esta forma de conceber a política e a atuação dos políticos estava associada a uma política local incapaz de garantir a consecução dos direitos à saúde no município. Os antigos problemas relacionados ao tema continuavam na ordem do dia, de modo que o setor da saúde acabou se tornando, intencionalmente ou não, uma área de atuação importante para angariar votos, pois grandes ou pequenos favores, e às chamadas ajuda na saúde, especialmente quando eram recebidos em momentos críticos de enfermidade ou morte, se tornavam uma dívida moral impagável. Se essa ajuda partia de um político, “a eleição pode ser se não um momento de saldar, pelo menos de amortizar parte da dívida, a ajuda sendo retribuída como voto” (Palmeira 1996, 47).

O prestígio que a imagem de benfeitor nesse tema produzia, sem dúvida, colocava algumas personalidades em vantagem competitiva em relação a outras. Como pude observar durante a campanha eleitoral de 2016, quase todos os políticos identificados com essa prática social ampliaram apoio e voto em relação à eleição 2012, ao passo que aqueles que não se dedicaram ao tema perderam posição e voto (Sarmiento 2017).

Assim, a habilidade de resolver demandas de saúde tem sido um recurso social importante que pode ser acionado oportunamente e convertido em *capital político*. Para a população, a eleição de políticos comprometidos com a *ajuda* tem representado uma forma de acessar a saúde, pois nem sempre esta é vista como um direito. A atuação desses políticos tem possibilitado que uma parcela da população resolva suas demandas de saúde, configurando-se, portanto, em um modo alternativo de acessar tais direitos.

No entanto, mais que acessar direitos, para a população, essa *ajuda* estava associada ao recebimento de certos tratamentos de saúde com mais dignidade, pois, ao ser encaminhado por uma dessas personalidades e recomendada aos cuidados de determinados profissionais de saúde específicos, não só recebia atendimento, como costumava ser bem-atendida, contrariando as experiências negativas das filas de espera, dos maus-tratos e do desrespeito nos estabelecimentos de saúde, que são queixas bastante comuns dos usuários dos serviços de saúde pública no Brasil.

Contudo, ao aceitar a *ajuda* ou buscá-la como meio de diminuir seu penar, a população tende a legitimá-la como uma prática política e, portanto, a consolidação dos serviços de saúde como um direito e a sua distribuição igualitária ficam subsumida no atendimento personalizado. Ou seja, a concretização dos direitos relacionados à saúde é substituída pelo estabelecimento de redes de amizade que articulam relações bilaterais de *ajuda* e reconhecimento.

Ao analisar a intrincada rede de relações sociais e de valores morais que permeiam a prática da *ajuda*, é possível notar que, para além da solidariedade que ela comporta e do conforto emocional que proporciona, também pode ser pensada como um processo de dominação, não essencialmente política, mas que se manifesta no campo da política e do qual participa distintos agentes — direta e indiretamente, conscientes ou não (Vázquez 2014).

No entanto, exatamente porque nem todos os envolvidos estão conscientes dessa dominação, mas a instrumentalizam, ela se manifesta por meio da violência simbólica (Bourdieu e Passeron 1992). Isto é, as pessoas aceitam que as dificuldades no campo da saúde (de acesso à saúde e aos serviços de saúde) resultam de sua condição social, e não da negligência do Estado com relação à consecução dos seus direitos. Prevalece a ideia de que “não há direito a reclamar quando não se paga o serviço recebido”. Portanto, o político que *ajuda* é elogiado e conquista notoriedade. Quando o paciente é bem-atendido e os procedimentos são exitosos, “vê o profissional que atende e o serviço que lhe ‘abre as portas’ como salvadores de sua vida” (Pereira 2004, 25).

No que se refere à atuação dos políticos e às atividades de assistência na saúde, é possível afirmar que, mais do que falar em práticas clientelistas, é necessário refletir sobre o sistema de dominação e violência simbólica que, transcendem as fronteiras da localidade, articulam interesses no campo da saúde e no campo da política. Não obstante, esse sistema de dominação se reproduz no município por estar fortemente articulado a certa moralidade local.

Essa dimensão moral presente nos atos de *ajuda na saúde* possibilitou observar que nem toda assistência se tratava de interesse material e calculista, porque estava motivada também por sentimentos e valores compartilhados pelos atores sociais, políticos e eleitores, e que transcendia as explicações convencionais (Godbout 1998).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acruche, Roberto Pinheiro. 2002. *Apontamentos para a história de São Francisco de Itabapoana*. Niterói: EDG Ed. Gráfica Ltda.
- Bezerra, Marcos Otávio. 1999. *Em nome das “bases”. Política, favor e dependência pessoal*. Rio de Janeiro: Relumé Dumará.
- Bourdieu, Pierre y Jean-Claude Passeron. 1992. *A reprodução*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Bourdieu, Pierre. 2007. *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Perspectiva.
- Coradini, Odacir Luiz. 2001. *Em nome de quem? Recursos sociais no recrutamento de elites políticas*. Rio de Janeiro: Relumé Dumará, Núcleo de Antropologia Política/UFRJ.
- Cruz, José Luiz Viana da. 2006. “Origem, natureza e persistência das desigualdades sociais no norte fluminense”. Em *Formação histórica e econômica do Norte Fluminense*, organizado por Ailton Mota Carvalho, Maria Eugenia Ferreira Totti. Rio de Janeiro: Garamond.
- Godbout, Jacques. 1998. “Introdução à dádiva”. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* 13, 38: 39-52. <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v13n38/38godbout.pdf>
- Heredia, Beatriz. 2002. “Entre duas eleições. Relação político-eleitor”. Em *Como se fazem eleições no Brasil*, editado por Irllys Barreira, Beatriz Heredia y Carla Costa Texeira. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Illich, Ivan. 1975. *A expropriação da saúde: nêmeses da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Luz, Madel. 1991. “Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de ‘transição democrática’ — anos 80”. *PHISIS Revista de Saúde Coletiva* 1, 1: 77-96. <http://www.scielo.br/pdf/physis/v1n1/04.pdf>
- Marques, Ana Cláudia y Jorge Vilela. 2002. “Sobre a circulação de recursos nas eleições municipais no sertão de Pernambuco”. Em *Como se fazem eleições no Brasil*, 63-102. editado por Irllys Barreira, Beatriz Heredia y Carla Costa Texeira. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Mauss, Marcel. 2003. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Cosac & Naify.
- Neto, Artur de Freitas Pires y César Ajara. 2006. *Transformações recentes na dinâmica sócio-espacial do Norte Fluminense*. Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 15. Minas Gerais: ABEP.
- Oliva-Augusto, Maria Helena y Olavo Viana Costa. 1999. “Entre o público e o privado — a saúde hoje no Brasil”. *Tempo Social Revista Sociologia* 11, 2: 199-217. <http://www.scielo.br/pdf/ts/v11n2/v11n2a11.pdf>

- Oliveira, Francisco de. 2007. “Capitalismo e política: um paradoxo letal”. Em *O esquecimento da política*, editado por Aduino Novaes, 283-296. Rio de Janeiro: Agir.
- Orellana, Rodrigo Castro. 2009. “Medicina y capitalismo. Los usos políticos de la salud”. *Revista Ciencia Política* 7: 7-25.
- Palmeira, Moacir. 1996. “Política, Facções e voto”. Em *Antropologia, voto e representação política*, editado por Marcio Goldman e Moacir Palmeira, 41-56. Rio de Janeiro: Contra Capa.
- Pereira, Wilsa. 2004. “Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde”. *Contexto de enfermagem* 13, 3: 391-400. <http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n3/ao8v13n03.pdf>
- Pitt-Rivers, Julian. 1971. *Un pueblo de la Sierra: Grazelema*. Madri: Alianza Editorial.
- Rodrigues, Paulo Henrique de Almeida. 2014. “Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica”. *Revista História da ciência da Saúde-Manguinhos* 21, 1: 37-60. http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/en_0104-5970-hcsm-21-1-00037.pdf
- Sarmento, Gilmara. 2017. “Tem gente que só procura a gente na hora da dor”: ajuda na saúde e produção de capital político”. Tese de doutorado, CPDA/UFRRJ. <http://r1.ufrrj.br/cpda/wp-content/uploads/2018/02/TESE-FINAL-Gilmara-Sarmento.pdf>
- Schottz, Vanessa. 2005. “Programa Bolsa Família: dilemas e avanços no combate à fome e à miséria. Um estudo de caso do município de São Francisco de Itabapoana–RJ”. Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz. <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icit/5362/2/739.pdf>
- Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro. 2017. *Estudos socioeconômicos* — São Francisco de Itabapoana. Rio de Janeiro: TCE-RJ.
- Valladares, Licia. 2007. “Os dez mandamentos da observação participante”. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* 22, 63: 153-155.
- Vázquez, Félix Talego. 2014. *Introducción a la Antropología de las formas de dominación*. Sevilla: Aconcagua Libros.