

SAÚDE POPULAR: ESFORÇOS ETNOGRÁFICOS PARA DEFINIR O CONCEITO

SORAYA FLEISCHER¹

No primeiro semestre de 2012, ofereci uma disciplina no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade de Brasília intitulada “Antropologia e saúde popular”. A turma foi composta por 20 pessoas, sendo que cerca de metade era do nosso departamento e outra parte vinha tanto de outros cursos de pós-graduação da universidade, especialmente Psicologia, Educação, Sociologia e Psiquiatria, quanto de fora da universidade, como uma atriz profissional e servidores do sistema de saúde público e privado do Distrito Federal. Formamos um grupo muito interessante e também desafiante, já que nem sempre teoria e prática em saúde popular dialogavam.

Mas julgo que tal experiência, interdisciplinar e também indisciplinada, foi bastante produtiva. Ao final do semestre, os estudantes deveriam escrever artigos que articulassem os textos lidos ao longo do curso com dados empíricos de suas pesquisas anteriores ou atuais. O pleito era que esforços etnográficos fossem empreendidos para problematizar o conceito de “saúde popular”.

Nesse dossiê, reuni quatro dos 20 artigos apresentados à disciplina. Julgo que é uma amostra representativa da ideia de saúde popular que pretendi discutir ao longo dos quatro meses em que convivemos no Departamento de Antropologia naquele ano

¹ Professora do Departamento de Antropologia da Universidade de Brasília. E-mail: fleischer.soraya@gmail.com.

de 2012. A seguir, apresento concisamente o que se pretendeu para o referido conceito.

FAZER E FALAR NÃO OFICIAL

Para apresentar esse dossiê, nada mais importante do que deixar claro o que espero comunicar pela ideia de saúde popular. Parto de um grande e conhecido inspirador, Michel De Certeau. Ao considerar, sobretudo, a cultura de comunicação de massa, a mídia e a televisão, o autor buscava afinar sua escuta e observação para as *práticas comuns*, o que ele chama de cultura ordinária. São as práticas corriqueiras, cotidianas, repetidas à exaustão e, por isso, quase despercebidas. Ele diz que é uma produção dispersa, insinuante, silenciosa, quase invisível.

Em geral, podemos dizer que a saúde popular acontece nos espaços não oficiais. Isso quer dizer que é praticada dentro das casas, entre vizinhos, entre colegas de trabalho, nas ruas e feiras, só para começar com alguns exemplos. Contudo, diferente do que pode se pensar, ela também é facilmente encontrada ao redor e dentro dos equipamentos de saúde pública, as instituições e os serviços de saúde organizados e oferecidos à população. Ela perpassa as estruturas mais hegemônicas porque, como nos lembra De Certeau, estamos falando de “manipulações [feitas] pelos praticantes que não a fabricaram” (1996, p. 40). Esses praticantes – os doentes, pacientes e usuários do SUS – entram, conhecem e atuam por dentro das estruturas oficiais. Encontram espaços e caminhos alternativos, fazem contato com personagens acessíveis e também conhecedores dos hospitais, das clínicas e empresas de seguros de saúde, descobrem atalhos e possibilidades para ter seus pleitos atendidos em alguma medida. Por outro lado, é bom lembrar, as equipes profissionais, que atuam dentro das instituições de saúde, também introduzem formas populares de saúde em suas práticas cotidianas de cuidado. Não podemos uniformizar os grupos que distribuem os serviços biomédicos – aí dentro também há diferenças de ocupações

dos lugares de poder e de definição do que deve vigorar como a técnica médica “verdadeira” e “correta”. Há níveis, portanto, de oficialidade – e consequentemente de empoderamento – dentro das estruturas formais de atenção à saúde.

Uma democrática participação na produção da saúde popular é possível porque De Certeau nos ensina que o foco do “popular” está nas ações, práticas, escolhas, trajetórias, retóricas. As maneiras de fazer – ou as *maneiras de curar e cuidar* de si ou do outro, no caso desse dossiê – não podem ser destacadas de seu contexto, se quisermos conhecer a cultura popular. Nem a ação, nem a fala que lhe acompanha podem ser extirpadas das circunstâncias em que aconteceram. De Certeau é muito crítico ao privilégio dado ao discurso que, segundo ele, é mais desenraizável e transportável do que toda a cena em que o dito foi formulado. O falar e o fazer são indissociáveis do contexto em que aconteceram. Por isso, para falarmos em saúde popular, precisamos retomar os personagens, seus figurinos, interlocutores e cenários; precisamos descrever as cenas para entendermos as movimentações e palavras que aí foram enunciadas. Como ele diz, “a lógica é articulada em cima da ocasião, não há autonomia do campo de ação” (1996, p. 83). Fazer e falar andam juntos. Curar e falar desse curar também andam juntos.

“Esse modo de proceder e essas astúcias de consumidores compõem a rede de uma indisciplina” (1996, p. 42). Nem sempre, contudo, essa ideia de resistência miúda e teimosa que surge no trabalho do autor pode ser tida como totalmente consciente, proposital ou focada. De Certeau está nos falando de *tática*, esse importante conceito que perpassa sua obra. Os caminhos populares para conseguir o restabelecimento da saúde são feitos por linhas quase invisíveis, mas que, insistentes, vão Tateando os espaços dos curadores, sem necessariamente obedecer à lei do lugar, não se definindo por ela. As táticas, no nosso caso, para reaver os estados de bem-estar, são capazes de produzir resultados nem sempre abertamente perceptíveis, nem sempre classificáveis pelos critérios biomédicos. Para De Certeau, a tática

transparece a ausência de poder e de espaço. Ela age no tempo, na persistência. Por isso, terminamos com a sensação de resistência ou, no mínimo, de algum questionamento ou indisciplina.

Pensemos no nosso cenário, em que o cuidado com a saúde, mesmo o mais remoto e periférico, sempre se dará em algum nível de diálogo com a biomedicina ocidental. Agora tragamos De Certeau: ele nos diria que o uso popular da biomedicina modifica-lhe o funcionamento, sem comprometer a sincera e generalizada crença que nela se deposita. Para ficar com um exemplo fácil de vislumbrar, a reapropriação e a readaptação das palavras biomédicas podem parecer um não conhecimento ou uma ignorância por parte do consumidor. Mais parece, contudo, a meu ver, mesmo que de forma não explicitamente calculada, uma tentativa de conhecer esse mundo biomédico, de ensaiar algum diálogo com o mesmo e até, talvez, de criticar sua imposição. Pode ser uma discreta e parcimoniosa transformação dessa prática terapêutica hegemônica, mudando-lhe aos poucos e de dentro, a partir de uma interlocução quase inaudível, muitas vezes monológica.

Assim, o falar ganha uma importância a mais. Nos relatos e contos populares, De Certeau nos lembra, os participantes “invertem frequentemente as relações de força e, como as histórias de milagres, garantem ao oprimido a vitória num espaço maravilhoso, utópico” (1996, p. 85). Ouvimos, nos bancos de espera dos consultórios ou nos sofás das casas que visitamos, narrativas de recuperação de doenças graves e ditas incuráveis. É comum, nesse sentido, ouvir sobre personagens que conseguem reverter uma situação dramática, alarmante e quase fatal. A informação sobre um novo doutor em outro hospital, dada por um vigilante do centro de saúde; o xarope feito por uma vizinha da umbanda; a filha que, num ímpeto de audácia, muda a dose de uma medicação prescrita pelos médicos do hospital e impede que o pai faleça são histórias relatadas como milagres – ou belas táticas, eu diria – que salvaram vidas. São outros personagens, geralmente esquecidos pelas bordas das cenas terapêuticas, que

ganham força e destaque. A cada vez que se conta essa história, mesmo que não se tenha vencido de forma total, está-se garantindo um interlocutor e essa é uma pequena vitória num mundo (hospitalar e biomédico) nem sempre muito democrático. É como se esse narrador estivesse a “oferecer[la] seu público (ao bom entendedor, um cumprimento) um possível leque de táticas disponíveis para o futuro” (DE CERTEAU, p. 85). Por isso, deduzo que De Certeau diria que contar sobre um itinerário terapêutico penoso ou das medidas tomadas para conseguir uma consulta ou exame difícil são “práticas enunciativas” (DE CERTEAU, p. 86) bem como “marcos de aprendizagem” (DE CERTEAU, p. 85). Narrador e público mutuamente aprendem sobre novos caminhos, medicamentos, terapeutas, horários e oportunidades para conseguir cuidar da saúde comprometida.

Mas vale considerar a precaução anunciada por Sherry Ortner. Sim, podemos pensar em resistência por parte das práticas de saúde popular, sobretudo, porque nunca estarão num vácuo de relações de poder. Entretanto, a autora alerta que há “ambiguity of resistance and the subjective ambivalence of the acts for those who engage in them” (1995, p. 175). Está nos dizendo que, por um lado, não podemos encontrar um “subalterno” essencial, por outro, que mesmo em uma situação de subalternidade, nem sempre há intuito ou desejo de resistência às forças majoritárias em questão. Ela sugere que nem os sujeitos nem suas ações sejam homogeneizados em classificações apriorísticas. Essas recomendações da autora nos previnem de romantizarmos os praticantes da saúde popular, sobretudo, porque há uma grande diversidade de práticas e táticas, em vez de uma plácida e consensuada forma de realizá-las. Assim, reforço que não desejo usar “saúde popular” como um rótulo único e apaziguador para uma miríade de fazeres e falares. A pluralidade de formas não oficiais de se lidar com o padecimento e o sofrimento precisa estar sob nossa permanente atenção. Ortner (1995) faz um pleito importante por não sanitizarmos a política dos atos de resistência.

“POPULAR” – DIFERENTE DE “TRADICIONAL” E SEUS COSTUMEIROS DESAFIOS

Tendo a preferir o adjetivo “popular” a “tradicional” por algumas razões. Sigo com o antropólogo argentino Eduardo Menéndez (1994) que argumenta que a ideia de “saúde tradicional” geralmente se refere aos grupos sociais previamente definidos (por quem?) como “tradicional”. Outro desafio do termo saúde tradicional é passar a considerá-lo automaticamente numa relação binária, em que posa como diferente, oposto, antagônico à medicina científica. Por fim, o tradicional é pensado como não modificável, remetendo a uma sorte de essencialismo. Um corolário acaba sendo pensar a mudança como um processo inevitável de inautenticidade. Nem estamos buscando o autêntico no popular, nem estamos assegurando *a priori* que não seja possível definir certas práticas como verdadeira, autêntica, real. Afinal, essas adjetivações do popular devem derivar de seus usuários e criadores.

O termo “popular” não equivale a uma prática antípoda à biomedicina. Menéndez também lembra que, quando um sistema se torna hegemônico, ele não anula ou erradica todas as outras práticas. E nem tampouco precisa ser colocado, por nós pesquisadores, como necessariamente antagônico a estas outras práticas (por mais que o sistema hegemônico se perceba antagônico). Assim, o popular funciona bem melhor e, em verdade, muito se distancia do termo “medicina tradicional”, tão utilizado para definir práticas de cuidado que não sejam biomédicas ou ocidentais. Funciona, sobretudo, porque não tem o apelo forte de temporalidade que a ideia de “tradicional” traz, como se as diversas práticas médicas pudessem ser alinhadas em uma escala evolutiva, umas sucedendo outras.

Assim, não se pretende que os populares estejam estacionados no tempo como reminiscências, esperando apoio, resgate, concessão de voz por parte da antropologia. Cristalizá-los no tempo seria perder de vista sua dinamicidade ao mesmo tempo em que

se implicaria, por exemplo, estabelecer o parâmetro do que seria a ideia de “contemporâneo”. O popular não existe para explicar o presente porque, simplesmente posto, ele é parte integral, ativa e relevante no presente.

O adjetivo “popular” tenta ser uma ideia que não encapsula um conjunto de pessoas ditas também populares. Não equivale a “pobres”, mas tenta se aproximar de “povo”. É na forma de cuidar que estou colocando o foco do termo, e não exatamente nas pessoas que adotam essas formas de cuidar. O “popular” perpassa diferentes classes sociais, ricos e pobres desenvolvem táticas não oficiais para cuidar de si e dos seus. A saúde popular, como estou tentando desenvolver aqui, supõe um *conjunto de práticas* – muito diversas e por isso de difícil delimitação totalizante – que dialogam, mas também desafiam as práticas médicas auto-intituladas como oficiais e hegemônicas. A saúde popular pode estar fora, mas também facilmente é encontrada nos espaços hospitalares mais conhecidos. Ela pode ir e vir das consultas realizadas por médicos, nutricionistas, psiquiatras ou enfermeiras. São também práticas de cuidado com a saúde feitas por pessoas que não necessariamente estão ligadas às práticas de cuidado com a saúde, como vigilantes, faxineiras, professoras, motoristas de ônibus, professores de ginástica comunitária etc. Embora aparente uma dificultosa fluidez, é justamente essa fluidez que faz o conceito tão interessante, porque não se prende a atores, cenários nem técnicas médicas pontuais, mas se contrapõe, sobretudo, às formas de cuidar mais regimentais, protocolares, oficiais e visíveis.

Por isso, portanto, não tenho apreço pela conclusão apressada de pensar as práticas de saúde popular como uma falta de alternativa. Quer dizer, ela não acontece somente quando a biomedicina está ausente. Ela acontece a todo momento, dentro e fora da biomedicina e de outras medicinas. Ela tampouco é *tolerada* porque é supostamente barata ou inócua (placebo, simbolização, acolhimento comunitário, bem-estar subjetivo, para ficar com algumas associações ao “popular”). Claro que pode ter tudo isso. Vai se

infiltrando em uma palavra que de repente começa a ser usada, em um espaço que é dado a um paciente estigmatizado, em uma atividade introduzida entre consultas e prescrições de medicamento, em uma forma de organizar as estantes da farmácia etc.

TERAPEUTAS E TAMBÉM AS PESSOAS QUE SÃO CUIDADAS E SE CUIDAM

Contudo, Menéndez e seus colegas estão mais atentos aos terapeutas. Eu gostaria de lembrar que esse dossiê reúne táticas de terapeutas populares, mas também das pessoas adoecidas que procuram se tratar. Passo a apresentar os quatro artigos que integram o presente dossiê.

O artigo de Talita Viana traz fragmentos da ação terapêutica de um congadeiro que também faz as vezes de curador. Esse senhor, S. Julinho, passa ao largo dos centros de saúde e hospitais, atende em casa ou nas casas dos outros, antes ou depois do Congado que preside. A autoridade ritual e religiosa também transborda para a autoridade terapêutica e talvez vice-versa também.

Já Herika Chagas nos apresenta o lado de mulheres que, em meio às atividades de trabalho remunerado e terceirizado, também estão com a cabeça nas ações necessárias para cuidar de uma filha com rinite, de um marido que não tem plano de saúde, por exemplo. No horário de trabalho, telefonemas são dados, consultas são marcadas, dicas de médicos e farmácias são compartilhadas. Pequenas informações são tecidas com cuidado, guardadas na memória, acionadas nos momentos de precisão. Todo um leque de diminutos subsídios é manipulado com eficiência, tendo sempre a saúde como objetivo último. Mesmo que seu foco de pesquisa fossem as relações de trabalho, Chagas não pôde deixar de atentar para a recorrência com que assuntos relacionados a estados de adoecimento e a tratamentos de saúde surgiam em campo. Ao escutá-los com atenção, percebeu uma gama de associações possíveis a uma saúde popular.

O artigo de Ana Gretel Echazú Böschemeier nos apresenta as pistas de toda uma malha de serviços ayahuasqueiros pelas cidades do Peru. As pistas vão sendo deixadas, como oferta de e demanda por serviços, mas precisam dos olhos atentos, dada a sua variedade, descrição, dispersão. A pesquisadora segue essas pistas para nos apresentar um retrato possível dessa malha de atendimento. Terapeutas se anunciam por folhetos, cartazes, *blogs*. Pessoas precisando de cuidado e recuperação se deslocam, disparam indagações, deixam marcas de suas buscas. Echazú Böschemeier atende a todos esses enunciados e alinhava um retrato possível da rede de cura pela ayahuasca na região amazônica peruana.

Por fim, Daniel Goulart, assim como Ana Gretel Echazú Böschemeier, traz as duas pontas, terapeutas e pacientes. Mas seu cenário não são as ruas, as clínicas de reabilitação ou quatinhos de atendimento. Daniel nos apresenta o universo de um Centro de Atenção Psicossocial (conhecido como CAPS), em pleno cenário de desinstitucionalização manicomial, mas ainda assim dentro da maior política pública brasileira que é o SUS. “Pacientes”, que talvez sempre precisem de aspas, vêm e vão, procuram ou deixam seus tratamentos, convivem de forma muito mais horizontal e autônoma com seus cuidadores. “Pacientes” dão ideias, fazem as atividades acontecerem, jogam futebol com psicólogos e atendentes. Aqui, o autor mostra como uma saúde popular é tecida pelos usuários, mas também reinventada pelas autoridades locais, que não se satisfazem em simplesmente seguir as cartilhas biomédicas oficiais. Interessante que Goulart encontrou o “popular” *dentro da instituição*: fica-nos claro como o popular se infiltra discretamente, faz parte da gente, é carregado conosco para o trabalho, para nossa atuação como profissionais do Estado.

Todos os autores já tinham proximidade e alguma intimidade com seus campos de pesquisa, mas não haviam atentado para os fazeres e falares populares para cuidar da saúde. Munidos de nossas discussões, ao longo da disciplina, aceitaram o desafio de

revisitar estes campos e dirigir novas perguntas e inquietações aos seus interlocutores e/ou aos dados que já traziam registrados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim, usar a ideia de “saúde popular” é manter um apreço muito grande pela agência dos atores envolvidos, frágeis ou não, centrais ou não. Há opinião e ação diante do drama que é a doença. Táticas serão buscadas e mil vezes tentadas, dentro das possibilidades e disponibilidades dos envolvidos. Estamos falando aqui, seguindo o legado de Michel De Certeau (1996, p. 88-89), em suma, de um “estilo de resistência moral, uma economia do dom (de generosidades como revanche), de uma estética de golpes (de operações de artistas) e de uma ética da tenacidade (mil maneiras de negar à ordem estabelecida o estatuto da lei, de sentido ou fatalidade)”.

Mas quando falamos de saúde popular, “não pretendemos reforçar uma caricatura romantizada dessas pessoas, nem de seus contextos culturais; não pretendemos transmitir que entre esses terapeutas haja uma impermeabilidade à biomedicina ou um altruísmo majestoso em suas ações”, como já comentei alhures (FLEISCHER; TORNQUIST; MEDEIROS, 2010, p. 14). Os quatro autores desse dossiê lembram ainda, com muita pertinência, que, como disse Talita Viana, “a noção de oficial é uma construção operada segundo a lógica do poder”. No mesmo sentido, Daniel Goulart diz que “não busca uma substantivação das diferenças entre o *popular* e o *hegemônico*, ao considerar que essas diferenças não são inerentes a algum tipo de essencialidade, mas se estabelecem e se modificam no tempo”. Como bem definiu Hérica Chagas, “Na esfera do vivido, saberes contra-hegemônicos e hegemônicos permeiam-se e estão imbricados. As ações populares movimentam-se incansavelmente dentro da dimensão oficial, resistindo ainda que sem visibilidade e inaudíveis. Nesse sentido, não há bipolaridades, mas permeabilidades”. É preciso considerar que a ideia de oficial muda conforme o cenário, os

atores envolvidos, a doença em questão, os tratamentos colocados em voga e a curiosidade intelectual dos antropólogos.

Minha esperança é que esses artigos, tão inspirados, sejam também inspiradores. Há muito por conhecer das práticas de saúde que se movimentam e se fazem eficientes sem que estejam estampadas no DATASUS ou nas páginas dos jornais. Há todo um *conhecimento* minucioso sendo produzido sobre como navegar pelo SUS, no caso do Brasil, que, mesmo em um contexto de desempoderamento (por conta de marcadores como classe, cor, gênero ou geração), é possível cuidar da própria saúde. Aqui, buscamos perceber e discutir porções e *snapshots* desses conhecimentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- DE CERTEAU, Michel de. Introdução Geral. In: DE CERTEAU, Michel de. *A invenção do cotidiano: artes de fazer*. Petrópolis: Vozes, 1996. p. 35-53.
- DE CERTEAU, Michel de. Capítulo 2: Culturas Populares. In: DE CERTEAU, Michel de. *A invenção do cotidiano: artes de fazer*. Petrópolis: Vozes, 1996. p. 75-106.
- DE CERTEAU, Michel de. Capítulo 3: Fazer com: usos e táticas. In: DE CERTEAU, Michel de. *A invenção do cotidiano: artes de fazer*. Petrópolis: Vozes. p. 75-106.
- DE CERTEAU, Michel e DOMINIQUE Julia. A beleza do morto: o conceito de cultura popular. In: REVEL, J. (Org.). *A invenção da sociedade*. Lisboa: DIFEL, Memória e Sociedade, 1989.
- FLEISCHER, Soraya; TORNQUIST, Carmen Susana; MEDEIROS, Bartolomeu Figueiroa Popularizando o cuidado com a saúde: Uma apresentação. In: _____. (Orgs.) *Saber cuidar, saber contar: Ensaios de Antropologia e saúde popular*. Florianópolis: UDESC, 2010.
- MENÉNDEZ, Eduardo. La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?. *Revista Alteridades* n. 7, p. 71-83, 1994.
- ORTNER, Sherry. Resistance and the problem of ethnographic refusal. *Comparative studies in society and history*, 37(1), p. 173-193, 1995.