

TRABALHADORAS E SAÚDE POPULAR:

DIÁLOGOS E INTERSEÇÕES

HERIKA CHRISTINA AMADOR CHAGAS¹

INTRODUÇÃO

Em meados de fevereiro de 2012, iniciei pesquisa de campo com trabalhadoras terceirizadas que realizam serviços de limpeza e conservação em um órgão público federal em Brasília, Distrito federal. Desde então, encontro-as sempre que possível, em seu ambiente de trabalho. Ao estar com elas cotidianamente, desejei acompanhar suas rotinas laborais, seus trajetos no local de trabalho e compreender suas percepções acerca do trabalho que realizam, não apenas assalariadamente, mas também fora dos limites da instituição.

A realização da pesquisa é possível graças ao afloramento de variadas dimensões da vida dessas mulheres em nossos encontros. Sendo assim, mesmo que grande parte de nossas conversas – que são empreendidas no ambiente de trabalho – girem em torno de temáticas laborais, e as limitações espaciais tendam a marcar esse aspecto de suas ações cotidianas, é preciso ressaltar que, amiúde, surgem nas narrativas temas que não aparecem ligados de maneira imediata – e apressada – aos seus ofícios, mas que permeiam, em diferentes níveis, o dia a dia dessas trabalhadoras.

1 Mestre em Antropologia Social pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade de Brasília. E-mail: herika.amador@gmail.com

Não é incomum, por exemplo, que nossos encontros sejam perpassados por narrativas que remetam ao lugar da saúde e, por conseguinte, das doenças em suas experiências diárias. Por esse motivo, pareceu prudente aproveitar a oportunidade ofertada pelo campo para investigar de forma minuciosa algumas das preocupações cotidianas dessas mulheres com o bem-estar de seus familiares e também delas mesmas, e ainda aproximar-me das nuances atravessadas por elas ao classificarem e organizarem seus saberes no que diz respeito a sistemas terapêuticos.

O centro de nossas discussões no transcorrer da disciplina Antropologia e Saúde Popular foram as multivocalidades da(s) saúde(s) popular(es) e seu *status* de prática não hegemônica, não oficial. Suas muitas facetas nos revelaram que as alternativas terapêuticas e a própria dimensão do “popular” não estão necessariamente associadas à pobreza ou à falta de acesso às instituições de tratamento e prevenção de doenças. Além disso, fomos levadxs² a apreender, conforme cobríamos a bibliografia abordada, que existem muitos trânsitos entre as práticas populares e o sistema biomédico, diversas trocas e mesmo ressignificações desta abordagem terapêutica que ocupa lugar privilegiado nas sociedades capitalistas, contando com amplos e irrestritos incentivos conferidos pelos poderes estatais e também pelos veículos formadores de opinião.

Observando as dinâmicas e tensões que envolvem saberes medicinais e o emprego destes saberes, creio que pensar saúde popular é, em grande medida, adotar um viés analítico que não carrega pretensões totalizantes ou dicotômicas, como se fosse possível empreender um corte seco entre os domínios da medicina popular e da medicina biomédica, a medicina “oficial”. A própria separação das categorias é muito mais uma tentativa de exame com

2 Objetivando lançar mão de uma linguagem inclusiva, e sem querer cansar xs possíveis leitorxs com barras, “os” e “as”, aderi à utilização do “x” como caractere que agrega as diferentes flexões de gênero e sexo e ainda se adéqua melhor esteticamente ao formato textual. Apenas quando substantivos e adjetivos não permitem a utilização do “x” (exemplo de leitor/a, trabalhador/a) é que utilizo o artigo definido feminino “a” ou “as” entre parênteses.

fins diagnósticos e também um tipo de política de deslegitimação de algumas práticas em favor de outra, e está, certamente, no campo da abstração. 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.

Em decorrência dos diálogos estabelecidos entre alunxs, professora e autorxs, e levando em conta que a cultura popular se constitui por si, a partir de si, e não apenas em oposição a qualquer que seja a cultura em condição de hegemonia, este trabalho se organiza enquanto tentativa de compreender, a partir de recorte dentro de um universo repleto de possibilidades, em que medida a saúde popular ecoa nas significações concebidas pelas pessoas no campo, em suas vivências, nos seus processos de adoecimento, de cura, de manutenção da saúde e prevenção. É possível que o espectro do popular apareça de maneira tímida e velada, ou bastante imbricado à biomedicina. Com formas de expressão tão variadas, cabe ao trabalho de campo iluminar tais inquietações.

O TRABALHO DE CAMPO E SEUS MATIZES: UM PANORAMA

Como dito anteriormente, minhas incursões a campo tiveram início em meados de fevereiro de 2012 e, desde então, tenho buscado encontrar-me com as interlocutoras sempre que possível, haja vista a instituição na qual trabalham estar localizada na cidade que habito. Meu anseio mobilizador, desde os primeiros momentos de envolvimento com o universo pesquisado, era desenvolver um trabalho etnográfico acompanhando o cotidiano laboral apenas de mulheres. Esta escolha ocorreu devido ao encantamento que experimentei por uma discussão central nos estudos sobre labor: a divisão sexual do trabalho e seu impacto sobre a vida de homens e mulheres inseridxs na lógica capitalista de produção.

Noções de trabalho produtivo e reprodutivo, bem como a deslegitimação do trabalho reprodutivo e de cuidados – essencialmente executado por mulheres e encarado como “dever” e predisposição “inata” a partir de uma determinada construção de feminino e mulher – fazem parte de minhas preocupações e nortearam o recorte empreendido no campo. Contudo, não posso privar x possível leitor(a) de tomar conhecimento da existência de número razoável de homens que compartilham o mesmo ofício das trabalhadoras no *locus* da pesquisa.

A aproximação às realidades de trabalhadorxs fora um desejo que nutri durante a graduação, mas que não fui capaz de concretizar. No mestrado, ao me deparar com um estado de agitação do espírito mais intenso que o habitual – que resultou em inúmeros conflitos relacionados à disciplina antropológica e à minha atuação na área, ao tipo de antropologia que procuro realizar e na qual acredito –, optei por retornar aos quereres de outrora, talvez eles me ajudassem a compreender as inquietações e torná-las férteis. De fato, adentrar no universo laboral tem sido umas das experiências mais estimulantes de que tenho lembrança na academia. Além disso, a discussão sobre trabalho apresentou-se para mim imbricada a outras dimensões teóricas que muito têm me ensinado, como é o caso das análises concernentes às relações de gênero, às classes sociais e à flexibilização das formas laborais frente às transformações velozes do sistema capitalista de produção.

Para a elaboração do trabalho final da disciplina Antropologia e Saúde Popular, dentro do conjunto de mulheres com as quais me relaciono decidi empreender uma análise pormenorizada, elegendo três trabalhadoras para, com suas narrativas, construir comigo o texto que se desenvolve no decorrer destas páginas³. Privilegiei as falas dessas mulheres por um motivo

3 Advogo em favor de uma antropologia de parceria, de reconhecimento da construção conjunta dos trabalhos. Sinto-me sempre muito agradecida a todxs xs interlocutorxs que tive, nos diversos momentos de minha trajetória acadêmica. Sem elxs as etnografias que intentei e ainda procuro organizar jamais seriam possíveis. Não xs encaro como merxs informantes e, inclusive, acho essa palavra simplista e

simples, mas bastante revelador: são elas as que costumam pincelar nossas conversas com assuntos relacionados a tratamentos de saúde e possíveis sofrimentos decorrentes de estados de adoecimento. Dessa forma me propus a restringir a investigação visando não incorrer em generalizações rasas ou enredar-me numa superficialidade analítica, dado o espaço limitado para a realização deste trabalho.

Nesse emaranhado de momentos, lembranças e narrativas estão as interlocutoras desse meu aprendizado, mulheres de diferentes gerações, mas com trajetórias que as aproximam. A formação antropológica me ajuda cotidianamente a ser prudente ao falar de alteridades e coletivos. Nesse sentido, não pretendo me referir às mulheres, assim, como se falasse em termos definitivos, maiúsculos, como se pretendesse restringir viveres e saberes múltiplos a monólitos conceituais. Entretanto, não posso deixar de considerar que mesmo grupos aparentemente distintos podem atravessar processos semelhantes de opressão, desvalorização e jugo. Desse modo, os caminhos percorridos pelas mulheres que compõem a pesquisa, especialmente na dimensão do trabalho, guardam semelhanças com aqueles atravessados por outras mulheres, de classes sociais às vezes bastante distintas das suas, que também enfrentam problemas decorrentes das hierarquizações e dos modos de exploração relacionados à divisão sexual do trabalho, bem como preconceitos e obstáculos gerados pelo sistema capitalista de produção que se erige em colaboração ao poder patriarcal⁴ (SAFFIOTI, 2004). Logo, existe uma conjuntura maior e arraigada que envolve inúmeras mulheres em relações de conflito e dominação, especialmente aquelas que vivem no mundo ocidentalizado e urbano

desprestigiosa frente à importância dessas pessoas para o trabalho dx antropológx.

4 Não entrarei aqui nas discussões acerca da validade e maior legitimidade dos usos de “patriarcado” e “relações de gênero”, bastando, no presente trabalho, dizer que acredito na pluralidade dos termos e em suas bases teóricas. Assim, sou a favor da utilização de ambos, contanto que seus usos venham contribuir para o aprofundamento tanto dos estudos sobre mulheres quanto dos estudos sobre homens e masculinidades e ainda dos estudos *queer*.

— considerando sempre as muitas vozes que ressoam de cada um desses termos – e que estão no centro dessas tensões.

Foi-me solicitado pelas interlocutoras da pesquisa que não usasse seus verdadeiros nomes. Ademais, para manter resguardada a instituição que me acolheu e também a empresa prestadora de serviços – evitando, assim, futuros desconfortos e embaraços –, não explicitarei em qual órgão federal a pesquisa é realizada e darei outro nome para a empresa contratada – aqui denominada Planície.

A escolha da instituição está intimamente ligada às minhas possibilidades reais de trânsito. Tendo conhecimento de que é bastante usual que órgãos públicos, tanto em esfera local quanto federal, contratem empresas que lhes forneçam mão de obra qualificada, a custos menores e sem a responsabilidade que se deve a um funcionário da própria instituição – caso explícito da terceirização –, lancei mão de ligações prévias para que pudesse frequentar um órgão específico e assim dar início ao campo.

Antes mesmo do começo da pesquisa me preocupavam as implicações éticas de entrada na instituição. Não poderia simplesmente transitar e me aproximar das trabalhadoras sem uma permissão que me garantisse estada formal. Receava que a falta de aval pudesse prejudicá-las ou mesmo impedir a realização da pesquisa. Maturada a ideia, logo me dirigi ao chefe da administração do órgão, haja vista ser ele o responsável pelo “bom andamento” dos serviços da empresa dentro dos domínios da instituição. Seu único pedido foi que redigisse um documento curto explicitando minhas intenções e o interesse em fazer pesquisa com as funcionárias, “só pra constar certinho”, segundo ele – trâmite não muito burocrático que avalizou minha permanência e mobilidade naquele espaço.

Com a empresa prestadora de serviços terceirizados não foi preciso pedir autorização documentada. Conversei com dois dos três encarregados alocados na instituição – as pontes, quase na integralidade do tempo, entre trabalhadorxs e empregadora – e

eles foram bastante solícitos. Afirmaram que a terceira pessoa, a única mulher entre xs engarregadxs, seria comunicada e também aprovaria assim que voltasse das férias. Não ofereceram nenhuma resistência à pesquisa, mesmo quando expliquei que a investigação se pretendia continuada – o que significou dizer: “você vão me ver muito por aqui ainda”.

Resolvidas as questões de entrada e trânsito, fui em busca de estabelecer os primeiros contatos com as trabalhadoras; persuadei-las a participar da pesquisa. Conforme fui sendo aceita pelas interlocutoras, procurei adequar-me rapidamente aos momentos em que elas se sentiam confortáveis para falar comigo e aos horários que não comprometiam suas atividades. Hoje, pouco mais de cinco meses depois do primeiro encontro, estou conectada a uma rede de interlocutoras composta por 12 mulheres. Pretendo expandi-la, mas, por enquanto, ainda estou ponderando qual será a aproximação metodológica utilizada. Sou resistente às abordagens baseadas majoritariamente em entrevistas, porém, as condições do campo têm mostrado que para alargar os contatos talvez seja preciso lançar mão dessa estratégia. No caso do esforço para realizar o presente trabalho, orientei-me por duas principais questões e, a partir delas, as interlocutoras foram desenvolvendo seus pensamentos acerca dos temas inquiridos.

A análise dos diários de campo manifesta um espaço narrativo considerável abordando questões terapêuticas desde os primeiros encontros com as trabalhadoras. No entanto, mesmo percebendo que o tema aparecia com certa frequência, não despendia a devida atenção ao assunto. Com o progresso da disciplina Antropologia e Saúde Popular, e em consonância com as leituras e diálogos dela resultantes, dei-me conta que estava enviesando demasiadamente o olhar, direcionando-o apenas para as questões trabalhistas de cunho aparente e não percebendo as dádivas que o campo oferecia. Essa constatação, portanto, me serviu como valioso aprendizado⁵.

5 Apesar de estar sempre me policiando e buscando não carregar-me de elaborações

As perspectivas trazidas aqui estão de acordo com as experiências compartilhadas entre a antropóloga e três interlocutoras – todas elas trabalhadoras contratadas da mesma empresa – aquelas que abordam com maior ênfase temas relativos à saúde, doença e medidas profiláticas em geral. As falas aqui analisadas e reproduzidas, portanto, concernem à Dona Madalena, uma senhora de 54 anos, cinco deles atuando como funcionária terceirizada “da limpeza”; Dora, mulher de 30 anos, há três deles contratada pela empresa Planície e, finalmente, Helena, trabalhadora também com 30 anos e aproximadamente cinco de casa.

TRABALHO NO PLURAL: MULHERES E TERCEIRIZAÇÃO

Somado à apresentação das pessoas que compõe esse trabalho, um panorama da realidade trabalhista na qual estão inseridas essas mulheres mostra-se essencial, bem como a problematização do termo “trabalho” e suas aplicações. Nesse sentido, conforme analisa Silvia Cristina Yannoulas (2008), a categoria trabalho vem sendo ressignificada desde as últimas décadas do século XX. Mas que trabalho é esse sobre o qual versamos? É preciso frisar que trabalho é entendido por muitxs autorxs como realização material, assalariada e empreendida fora do lar. Obviamente essa noção de trabalho não comporta a multiplicidade de realidades laborais, especialmente aquelas experimentadas por mulheres, paulatinamente deixadas em posições subalternas e encaradas como força de trabalho secundária; auxiliares do mundo masculinizado da produção.

apriorísticas, o esforço deve ser ininterrupto. Estou certa de que é preciso buscar equilíbrio entre o que esperamos ver e o que de fato vivemos em campo, fazendo um recorte a partir da confluência dos muitos olhares e viveres. Não acredito em neutralidade, mas no envolvimento prudente. Por isso também vejo como crucial desconstruir ao máximo os lugares de poder em campo, mesmo que na integralidade isso não seja possível, ainda que pareça uma quimera – não poderia jamais me conformar a uma distopia na qual antropólogxs estão sempre em posição privilegiada de fala e não há mobilização efetiva para transformar essas relações.

Essa elaboração capitalista do trabalho é um dos maiores obstáculos a serem enfrentados por feministas, acadêmicxs e movimentos sociais em geral, uma vez que a desvalorização da força de trabalho é um poderoso artilheiro para manter xs trabalhadorxs em posições subordinadas e de exploração. Não se trata aqui de motivação missionária ou de tentativa de remediação da situação dxs trabalhadorxs (FONSECA, 2006). Trata-se de demanda conjunta de transformação das relações de trabalho e de empoderamento efetivo dos grupos de trabalhadorxs, sem vitimizações, mas com firmeza e urgência no tratamento dado aos abusos cometidos por empregadorxs.

O cenário trabalhista atual mostra-se imerso em preocupantes contradições. Ao passo que as forças de produção adquirem alto grau de sofisticação, formas vexatórias de trabalho ainda são replicadas e expandidas. Dadas essas conjunturas laborais de grandes transformações, a terceirização ganha espaço e se difunde inserida nas lógicas de flexibilização e automação contemporâneas, podendo, muitas vezes, tomar dimensões perigosas para xs trabalhadorxs. Não é incomum que associemos trabalho terceirizado à precarização das relações trabalhistas, à efemeridade de vínculo empregatício e, principalmente, ao descumprimento e não garantia dos direitos dxs trabalhadorxs. Mas estaria a terceirização intrinsecamente ligada à precarização? Uma análise apressada poderia afirmar positivamente. Felizmente a dimensão do vivido não se assenta apenas em respostas maniqueístas e a incursão etnográfica pode nos ajudar a compreender que essa concepção precipitada do trabalho terceirizado apresenta inúmeras nuances.

Julgando a desvalorização histórica do trabalho executado por mulheres, a persistente deslegitimação do trabalho reprodutivo e de cuidados e a naturalização estratégica de atividades como femininas e masculinas, aquelas mulheres que procuram se inserir na lógica produtiva, especialmente as que não possuem graus de escolaridade mais elevados, costumeiramente são alocadas em subempregos e privadas, muitas vezes, de seus

direitos trabalhistas. No universo examinado em minha pesquisa, a terceirização se mostra como a alternativa que oferece maior estabilidade às trabalhadoras – tendo em vista suas trajetórias anteriores em trabalhos precários e de grande vulnerabilidade. Ao acompanhar seus cotidianos no ambiente de trabalho, procuro perceber as táticas (DE CERTEAU, 1996) por elas utilizadas para enfrentar não apenas a jornada de trabalho assalariada, mas também suas rotinas de trabalho não remunerado – e desqualificado –, fora dos limites da instituição.

A terceirização aparece nas falas das trabalhadoras associada a uma maneira de formalização, ainda que não lhes sejam efetivados alguns de seus direitos e que muitas vezes a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) não se aplique. Nesse sentido, observo que “ser terceirizada” não tem influência imediata em suas vidas, já a informalidade sim. A pesquisa de campo revela ainda que as trabalhadoras têm poder de negociação na esfera laboral. Sua convivência com os encarregadxs – funcionárixs que fiscalizam o trabalho por elas realizado – permite que elxs conheçam suas demandas de maneira pormenorizada, gerando um ambiente de trocas e reciprocidade que permite barganhas e rearranjos em alguns casos.

Entretanto, a negociação cotidiana não resolve a questão da jornada de trabalho dessas mulheres, que ultrapassa o teto das 8 horas diárias ou 44 horas semanais previstos na Constituição Federal de 1988. Além disso, como a maioria delas mora em regiões periféricas ao Plano Piloto – local de trabalho –, seus dias de trabalho dividem-se, basicamente, entre os trajetos de ida e vinda e o labor em si. Quando estão em casa, cabe a elas a execução da reprodução social, ainda que tenham atravessado jornadas prolongadas de trabalho produtivo, assalariado. O tempo que sobra para a realização das tarefas domésticas é, segundo elas, o que resta do seu tempo de produtividade.

A lógica capitalista vem produzindo, ao longo dos anos de seu desenvolvimento, uma vida cotidiana em que o tempo social que

tem valor é aquele dedicado à produção, isto é, à geração de mais-valia (ÁVILA, 2010). Nesse sentido, os trabalhos domésticos do cuidado com a reprodução, sejam eles remunerados ou não, são desconsiderados como tempo útil, não agregando grande valor social. Assim, há um aproveitamento desigual do tempo social entre homens e mulheres – e também entre mulheres e mulheres, especialmente quando pensamos nas relações estabelecidas entre aquelas de classes sociais distintas. A engenhosidade do capitalismo é evidenciada nessa situação na qual tanto boa parte dos homens – seus produtores ideais de mais-valia – quanto o próprio sistema se beneficiam, ainda que indiretamente, desse trabalho reprodutivo essencial à acumulação do capital e à manutenção do poder patriarcal e das relações assimétricas de gênero⁶.

No tempo de reprodução social entram em ebulição algumas das grandes preocupações das interlocutoras, suas inquietações a respeito de filhxs e familiares, e também dos possíveis companheiros. De acordo com a argumentação de Maria Andrea Loyola, autora que desenvolveu pesquisa em meados dos anos de 1980 no bairro de Santa Rita, Rio de Janeiro,

a mulher é considerada o “médico da família”, cabendo-lhe não somente encaminhar os doentes aos serviços médicos, mas também observar e conhecer os sintomas, os remédios, as dietas e as alternativas de tratamento dos diferentes males que ocorrem no seio da família. (LOYOLA, 1984, p. 128)

Durante o tempo de trabalho não remunerado, essas mulheres cuidam da manutenção da saúde e das eventuais doenças daqueles que as cercam, e também de si mesmas. Todavia, a dimensão dos cuidados extrapola os limites da vida privada, surgindo também em suas narrativas no local de trabalho

6 Definindo de maneira breve, o conceito de gênero destaca o privilégio da escolha cultural, pretendendo descartar alusões a um atavismo biológico para explicar as feições que masculino e feminino assumem nas diversas culturas (HEILBORN, 1993). Gênero se refere à construção social do sexo, às realidades sociais e não às naturais. Não existe um imperativo biológico que determine comportamentos sociais, uma vez que todo imperativo é organizado culturalmente.

assalariado. A preocupação com a impossibilidade de deixar de trabalhar para resolver problemas de ordem pessoal faz com que as interlocutoras articulem-se de modo a conseguir realizar seus objetivos no próprio ambiente de trabalho. Deste modo, elas lançam mão do tempo de trabalho assalariado taticamente de modo a agilizar trâmites e organizar seus percursos terapêuticos via celulares e /ou através de conversas entre elas: buscam saber qual o melhor local para tratar determinada enfermidade, qual Unidade de Pronto Atendimento (UPA) costuma ser mais vazia e também mais próxima de suas residências, que tipo de plantas medicinais podem auxiliar no tratamento de doenças consideradas leves, dentre outras coisas.

NARRATIVAS E TRAJETÓRIAS TERAPÊUTICAS

Referi-me anteriormente às duas questões que nortearam minhas conversas com as três trabalhadoras escolhidas para este exercício analítico. A primeira delas, "Você já teve problemas de saúde relacionados ao trabalho que executa?", apresentou-se como um começo pertinente, visando não mudar por completo o ritmo de nossos encontros. Assim, aliei meu anseio ao diálogo que viemos mantendo. Na segunda pergunta, "Quais são os tratamentos de saúde que você utiliza além dos remédios de farmácia?", eu buscava verificar se, em suas concepções, existe lugar para outras formas de medicina e tratamentos terapêuticos que não apenas os biomédicos, ou ainda, se elas empreendem ressignificações versáteis desse sistema médico hegemônico; se e como dialogam com ele. São indagações abrangentes, mas conforme conversávamos foram surgindo outras questões. Ademais, na maior parte do tempo elas fizeram o assunto deslanchar sem que fosse preciso inquiri-las.

Um dado que se mostrou pertinente às questões suscitadas pela análise de viés terapêutico é o fato de a maior parte das interlocutoras serem fiéis de igrejas neopentecostais; são "evangélicas", como elas próprias se definem. Por ter tido uma breve

experiência no estudo do neopentecostalismo durante a graduação, esperava que seus discursos de cura rejeitassem formas consideradas impróprias de tratamento, bem como de prevenção de males diversos. As prescrições religiosas associadas ao panteão neopentecostal são restritas e pequeno parece ser o espaço para negociações e apropriações de outras religiões – como costumeiramente ocorre com adeptos do catolicismo, das religiões afro-brasileiras e doutrinas espiritualistas – e de técnicas corporais definidas como não convencionais, não previstas pela ação biomédica. Além disso, nossa convivência demonstrava poucos sinais de utilização de métodos alternativos à biomedicina.

Quando finalmente procurei dirigir-me especificamente às relações de saúde e doença, as conversas revelaram haver um emprego paliativo e não sistemático de práticas medicinais que passam ao largo da biomedicina, mas que não lhe são consideradas avessas ou intimidadoras de seu lugar prioritário. Não parece existir uma insistência nessas práticas. Uma vez que o mal-estar se prolonga, recorre-se às consultas com médicos do sistema de saúde oficial e são manipulados medicamentos “de farmácia”. Apesar de tanto a biomedicina quanto as drogas alopáticas figurarem nas falas como “males necessários”, é possível identificar o reconhecimento de certa autoridade biomédica. Entretanto, é interessante perceber que ainda que possamos observar maior influência da medicina hegemônica, ela não se dá sem contestação. Podemos observar esse processo na fala de Dora, interlocutora que vive situação diversa da maioria das mulheres da pesquisa, uma vez que sua filha, Angélica, goza de plano de saúde.

Eu sou praticamente médica, só me falta o diploma. Sei quando a medicação é certa ou errada. Se não fez efeito em um dia, é porque tá errado o que o médico disse. Eu sei quando minha filha tá doente. Esses dias mesmo a Angélica tava passando muito mal e precisou a gente levar ela na emergência pediátrica. A médica não fez nenhum exame, só olhou assim e passou um remédio. Eu disse que ela tinha problema de bronquite alérgica e volta e meia atacava a sinusite e a rinite, mas ela disse que não era nada disso não e mandou a gente ir

pra casa. Comprei tudo e dei pra Angélica, mas a menina passou a noite vomitando, sem conseguir respirar. Depois que a médica passou os remédios, ela fez foi piorar. Ai eu voltei com ela no hospital. Cheguei lá e já fui perguntando qual era a médica que tava porque se fosse a que me atendeu antes, eu ia soltar os cachorros nela. Mas era outra e essa pediu uma radiografia do rosto da Angélica e viu que tava tudo inflamado. Ela me disse "Calma, mãezinha, sua filha já vai melhorar agora que a gente sabe o que ela tem". Eu tava indignada com aquilo, até fui meio grossa com a médica. A menina vomitou o hospital inteiro porque a outra errou. Imagina se eu fico esperando ela melhorar?

Assim, ao passo que a interlocutora se mostra no direito de questionar a autoridade biomédica, ela não invalida a atuação da biomedicina como um todo. Dora personaliza o erro e busca adquirir conhecimentos sobre os processos de adoecimento atravessados pela filha para que possa dialogar com médicos e, obviamente, para que sua filha não corra riscos. Seu saber perpassa muitos termos e definições da medicina hegemônica e está sempre visando conter episódios de doença na família:

Somos a família do 'ite'. A Angélica tem bronquite asmática, mas volta e meia apresenta sinusite e rinite. Meu esposo também tem rinite e essa vive acompanhada da sinusite, né?! (risos) Então, antes do negócio ficar feio, enquanto ainda dá pra controlar eu faço um melado. Eu faço umas ervas assim tudo misturada, tipo uma garrafada. Não tem um brasileiro que não faça um melado! Mas tem que tomar cuidado porque ao mesmo tempo que pode fazer bem, também pode fazer mal. Tem que saber que planta que tá colocando e misturando com o quê. Eu uso mais hortelã, agrião...

Já Helena se diz adepta de óleos terapêuticos "desses que você compra na farmácia" e também afirma fazer chás que toma quando não se sente muito bem do estômago, ou quando parece estar congestionada. Boldo, hortelã e carqueja foram as plantas citadas. Quanto à alopatia: "Eu só tomo remédio quando precisa mesmo. Fico fugindo deles. Mas tem vez que é necessário". Apenas Dona Madalena foi taxativa ao dizer "não, não faço nada além do que o médico passa. Não uso nenhum tipo de remédio caseiro não. Só tomo um chá assim, de vez em quando, mas quando fico doente mesmo, só remédio".

A ideia do remédio alopático como um vetor de cura está presente em todas as falas. Evita-se tomá-lo, mas, quando se está

“doente de verdade”, eles são encarados como a única possibilidade de recuperação, uma necessidade. Há centralidade dos medicamentos alopáticos nas práticas biomédicas, mas também nos discursos das interlocutoras. Ainda que elas utilizem garrafadas, plantas medicinais, óleos terapêuticos e infusões, combina-se a essas práticas também o consumo de remédios “de farmácia” em medidas profiláticas e no aniquilamento de indisposições. Especialmente Dora e Helena evitam a utilização desses medicamentos buscando um estado considerado saudável a partir da alimentação, de atividades físicas e da valorização de um comportamento reto, sem vícios:

Eu procuro me alimentar do melhor jeito possível. E por causa da Angélica também, né?! Por causa dos problemas de saúde dela. Eu sempre que posso tiro o refrigerante, tomo mais suco, coisa mais natural... E também tento comer direito, fazer uma dieta balanceada. Aqui remetendo-se à sua casal a gente mudou nossa alimentação muito por causa dela, pra dar exemplo pra ela. Ah! E a gente aqui em casa também não bebe bebida alcoólica, nem fuma. Nem eu nem meu esposo. Quando eu tinha tempo até caminhava, mas agora trabalhando aqui eu não tenho tempo, né?! Eu saio de casa com meu esposo sete e vinte da manhã. A gente vem de carro, mas quando eu pego ônibus tenho que sair dez pras sete. São Sebastião é perto daqui e quase não tem engarrafamento, mas mesmo quando eu venho com meu esposo, sou eu que acordo, eu que arrumo a Angélica... E quando eu volto do trabalho ainda tenho que preparar janta, olhar a agenda dela... Até que meu esposo chegue e eu faça tudo, eu não consigo sair pra caminhar antes das oito da noite. Aí eu não saio mais porque não me coloco em risco de noite na rua. Às vezes, no final de semana, eu ainda caminho um pouco. (Dora)

Você vê... Eu vivo meio anêmica, gripando à toa porque me alimento mal. Passo a semana na rua praticamente, tenho que fazer tudo correndo pra mim e pra Isabela, aí a gente acaba descuidando da saúde. Eu fico sempre tentando comer direito, fazer alguma coisa, me mexer. E também evito bebida, não fumo, não vou mais pra noitada. Antigamente, nossa! Eu ia muito. Mas isso faz mal pra gente. Depois que a gente tem filho, a preocupação muda e também tem que dar o exemplo, né?! (Helena)

Esse quadro já não é o mesmo apresentado por Dona Madalena que, ao sentir algum desconforto, tende a esperar que este passe naturalmente, ou toma algum medicamento que tenha em casa

(PEREIRA, 2008). Entretanto, aos poucos a idade parece começar a preocupá-la, de modo que algumas perturbações que antes não eram vistas como possíveis doenças transformam-se em alertas.

Encontro novamente no texto de Loyola (1984) uma reunião de dados bastante elucidativos que se aproximam do proceder das interlocutoras da pesquisa e suas relações com quadros de adoecimento. Em um primeiro momento, elas lançam mão de medicamentos – sejam eles industrializados ou naturais – que possuem em seus lares, que estão próximos de suas realidades. Apenas quando há persistência de indisposições que atrapalham seus afazeres cotidianos é que elas se dirigem aos locais de tratamento especializados. As três, com ênfase nas falas de Dora e Helena, afirmam detestar hospitais e procuram não frequentá-los prevenindo-se através da alimentação e do cuidado com os hábitos e comportamentos. Nesse sentido, os alimentos fazem as vezes de medicamentos, uma vez que sem sua utilização adequada é quase certo que ocorra uma situação de adoecimento. Assim, “uma boa alimentação” parece ser o maior preventivo de que se valem as interlocutoras. Loyola, que fez trabalho entre classes populares na região de Santa Rita, no Rio de Janeiro, desenvolve ainda uma dimensão que, na minha pesquisa, esteve bastante marcada nas falas das trabalhadoras, especialmente Dora e Helena que têm filhas pequenas, que diz respeito ao imediatismo no tratamento de distúrbios no estado normal da criança. Conforme análise da autora:

De fato, no caso de doença infantil, recorre-se muito mais rapidamente a um especialista do que no caso de doença de adultos. À medida em que não pode contar com a colaboração direta da criança para avaliar a gravidade dos sintomas, as mães hesitam geralmente em tomar as decisões sozinhas, e preferem compartilhar com o médico, com o farmacêutico ou com os especialistas a responsabilidade de um diagnóstico que, em caso de erro, poria em risco a vida da criança. Para julgar a eficácia do remédio prescrito, a mãe não espera mais que 2 ou 3 dias e, se o remédio lhe parece ineficaz, ela recorre a um médico (...)(LOYOLA, 1984, p. 129)

Aliado ao discurso biomédico propagado pelas trabalhadoras encontram-se suas crenças religiosas. A segunda pergunta suscitou, nos três casos, o apelo a Deus. Tratar-se fora do espectro biomédico está para as interlocutoras “nas mãos do Senhor”, na confiança que o trio deposita Nele. Logo, a oração figura como forte aliada e mesmo uma ferramenta para que o corpo seja mantido saudável – ou que receba a cura – e também a mente, suportando, com seu auxílio, as agruras da vida. “Só Deus mesmo pra não deixar a gente cair doente quando precisa trabalhar”, argumenta Helena.

Uma de minhas hipóteses iniciais era a de que a maioria das trabalhadoras que acompanho, se não todas, utilizassem Serviço Único de Saúde (SUS). De fato, todas as três lançam mão de serviços públicos de saúde. Apenas Dora tem contato com a rede privada, uma vez que sua filha de seis anos é a única da família a possuir um plano de saúde.

Conforme nos apresenta Diogo Neves Pereira (2008), que fez pesquisa no Hospital de Base do Distrito Federal, a regulamentação do SUS, em 1990, está relacionada à proposta governamental promulgada pela Constituição Federal de 1988 que sugere ser dever do Estado e direito de todo cidadão(ã) o acesso irrestrito, igualitário e total à saúde. Assim, o SUS é implementado apresentando como principal característica a mudança na atenção prestada pelos serviços de saúde públicos. O modelo de sistema de saúde no Brasil se transforma, passando de uma forma excludente e focada apenas na cura para uma abordagem mais universal, contemplando também a esfera preventiva.

Portanto, é feito um esforço governamental de fragmentação das instituições de saúde, privilegiando uma multiplicidade de pequenas instituições. Organiza-se, dessa maneira, uma rede interligada entre unidades básicas de saúde e os grandes hospitais com o objetivo de retirar a sobrecarga destes e também oferecer atendimento de qualidade e extensivo à população.

É quase unânime, por parte das interlocutoras, a utilização das unidades básicas de saúde e UPAs localizadas nas cidades satélites em que moram – ainda que esse uso esteja acompanhado de muitas críticas. Esse só não é o caso de Helena. A interlocutora conseguiu, através de um contato pessoal, que ela e a filha de dez anos, Isabel, entrassem como dependentes na associação de servidorxs de uma dada instituição federal, podendo fazer uso dos serviços de saúde por ela oferecidos. Helena, que é moradora do Distrito Federal há mais de quinze anos, jamais esteve no Hospital de Base ou no Hospital Regional da Asa Norte, os principais pólos de atendimento médico no DF, uma vez que sempre buscou atendimento nos postos de saúde ou nos hospitais localizados nas cidades satélites em que residiu. Questionei-a sobre as consultas que realiza no posto médico da associação vinculada à instituição federal e ela explicou-me:

É (...) o nome lá. Não é aberto pra quem quiser não, mas minha colega trabalha lá, é sócia, e me colocou lá de peixada, porque se não fosse assim... Se for esperar consulta... A Isabel também pode se consultar lá. Tipo, tem várias especialidades. Tem a prevenção, né?! Que é área da ginecologia, tem pediatria, tem neuro... Não, neuro não. É dermatologista. Tem acupuntura, clínico e nutricionista. É o que tem lá. Ah! E dentista, mas esse você não pode usar, só os sócios. Se tiver alguma coisa mais grave tem que pegar um papel com o clínico e ele te encaminha pro HUB [Hospital Universitário de Brasília]. Pra você ter acesso ao HUB mesmo tem que ter aquela folha do HUB pra poder ser atendido lá. Tem exame que não faz na (...), aí vai pro HUB com esse pedido também. Agora, pra fazer ecografia, por exemplo, tem que pagar. Eu faço lá o máximo que eu consigo, mas tem coisa que tem que pagar. (Helena)

Enquanto isso, Dora e Dona Madalena, que não possuem contatos que lhes tragam benefícios na dimensão biomédica, afirmam fazer uso das unidades básicas de saúde, mas com ressalvas, ou ainda, buscando compreender por elas mesmas quais são seus sintomas e seus diagnósticos:

"Ah, menina! Lá em casa só quem tem plano de saúde é a Angélica. A gente não tem não [Dora e seu marido]. Mas nunca ninguém teve nenhum problema sério. Quando tem alguma coisa vai ali no centro

de saúde de São Sebastião mesmo. Mas eu me cuido, né?! Até porque eu odeio hospital! Só vou em último caso.” (Dora)

“Quando eu tenho alguma coisa mesmo eu vou no posto perto de casa, em Santa Maria. Eu marco consulta lá. Agora eu só tenho essas dor nas costa, mas acho que isso é idade, muito tempo na lida. E também vivo cansada, qualquer lugar que eu me encosto eu fico com vontade de dormir. Vai ver que é anemia, né?! Não sei, vou no médico procurar saber isso porque eu só vivo com sono, cansada. E agora tem essas coisa de alergia também. Pode ser o cheiro dos produto de limpeza que a gente mexe o dia inteiro. Tô espirrando tem uma semana já, com o nariz coçando, escorrendo. Precisa ver, fial” (Dona Madalena)

O exemplo da fala de Helena reflete muito bem a importância da indicação para transitar pelos espaços de regulamentação burocráticas do governo. Nesse sentido, é valioso que se consiga obter informações de como proceder para atravessar o sistema (LIPSKY, 1980). A princípio, segundo os estudos de Lipsky, os bens públicos e também os serviços estão à disposição de todos os cidadãos(ãs). Não obstante, a prática cotidiana leva o burocrata que lida com o público a fazer escolhas e a favorecer algumas pessoas e algumas demandas em detrimento de outras. Nesse contexto, “ter contatos” na esfera pública que possam facilitar ou mesmo ultrapassar os caminhos da burocracia é uma apropriação tática necessária àqueles que utilizam esses meios, aliviando o peso psicológico infringido pela administração pública aos seus usuários.

Nos relatos apresentados por Pereira (2008), vemos como conhecer alguém que possa fazer um encaixe, garantir uma consulta ou mesmo ajudar a obter uma informação no preenchimento de um documento significa ter um domínio valioso da burocracia, resultando em atendimento e agilidade do processo terapêutico. Helena sente-se aliviada por não precisar pensar em pagar um plano de saúde para a filha porque “tem uma peixada”. Diferentemente de Dora, que também tem uma filha, Helena é mãe solteira e não tem parentes no DF. Uma ajuda como essa permite que seu salário seja investido em outros aspectos de sua vida e da vida da filha, sua maior preocupação.

A indicação é um dos temas mais recorrentes na literatura que compôs a disciplina Antropologia e Saúde Popular. Consegui-la significa munir-se de importante arma na batalha para ter seus direitos atendidos ou, ao menos, parcialmente atendidos. Em relação às interlocutoras, esse universo das táticas se assemelha fortemente às definições de De Certeau (1996). “A arte dos fracos” é a forma encontrada pelas trabalhadoras para aproveitarem as brechas que surgem nos lugares de poder. E é preciso ser bastante versátil e astuta para conseguir atravessar domínios do qual estão apartadas, um enorme “senso de ocasião” e habilidade em lidar com o tempo de espera e de ação cotidianamente, ainda que essa luta seja travada de forma pouco visível, obscura nos meandros burocráticos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em princípio, enquanto reunia os dados coletados durante o trabalho de campo e ao longo dos encontros mais direcionados para a produção do resultado final do presente texto, refleti inúmeras vezes acerca da impossibilidade de relação aparente entre o material por mim reunido e uma perspectiva popular de saúde. No entanto, conforme o texto começou a ser estruturado, os aspectos populares foram tomando forma.

Assim, não creio que as informações apresentadas a partir das narrativas das mulheres que compõem essa pesquisa apresentem aspectos alternativos aos tratamentos terapêuticos considerados oficiais. Mesmo que exista a utilização de medicamentos naturais ou mesmo na aproximação religiosa, essas ações são previstas pelo próprio sistema de saúde, não apresentando ameaça à sua soberania. Entretanto, é nas formas de apropriação da biomedicina que as práticas populares ganham espaço, contribuindo para as percepções discutidas, no decorrer da disciplina, em torno da categoria “popular” e, por conseguinte, de sistemas terapêuticos populares.

Ao questionarem médicxs e, principalmente, evitarem os ambientes medicalizados, as agentes impõem limites à atuação dessa dimensão oficial em seus corpos, resistindo, ainda que de maneira localizada e sem alarde, às investidas formatadas da biomedicina. Ademais, sempre que se valem de táticas de infiltração e ocupação de espaços que não estão a elas destinados, existe aí um esforço em conseguir transitar, mesmo que não sendo vistas, mas adquirindo benefícios e prezando pela segurança de sua saúde e da saúde dxs seus/suas, deflagrando uma “resistência cotidiana” (SCOTT, 2011) preocupada com efeitos imediatos, de resolução ou, ao menos, de adiantamento dos processos experimentados.

A mobilidade tática, esse precioso conceito burilado por De Certeau (1996), é característica da prática popular, bem como sua permeabilidade e versatilidade de atuação no dia a dia dxs diversxs agentes que estão em contato permanente com formas de dominação e homogeneização de seus corpos e identidades. Tendo em mente o estratagema de sobrevivência das práticas populares, acredito que, a partir da pesquisa, foi possível perceber a importância de um pensamento popular, de uma abordagem contra-hegemônica que formula alternativas criativas para a utilização cotidiana dos serviços de saúde públicos, dos remédios alopáticos, e, em última análise, da própria medicina convencionalmente tratada como aquela que deve ser respeitada porque, supostamente, cura. Mesmo valorizando a medicina e a infraestrutura institucional biomédicas, as trabalhadoras atualizam constantemente suas expectativas e também seus conhecimentos acerca dessa prática hegemônica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DE CERTEAU, Michel. *A invenção do cotidiano: artes de fazer*. Petrópolis: Vozes, 1996. p. 35-53; p.75-106.

FONSECA, Cláudia. Classe e recusa etnográfica. In: FONSECA, Cláudia; BRITES, Jurema (Orgs.). *Etnografias da participação*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2006.

HEILBORN, Maria Luiza. Gênero e hierarquia. A costela de Adão revisitada. *Revista de Estudos Feministas*, v.1, n.1, p. 50-82, 1993.

LIPSKY, M. Part III: Patterns of practice. In: _____. *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*. Russel Sage Foundation, 1980. p. 81-156.

LOYOLA, Maria Andrea. Parte II – A clientela. In: _____. *Médicos e curandeiros: conflito social e saúde*. São Paulo: DIFEI, 1984. p. 125-197.

PEREIRA, Diogo Neves. *Itinerários terapêuticos entre pacientes do Hospital de Base (DF)*. Dissertação-Pós-Graduação em Antropologia. Brasília, Universidade de Brasília, 2008.

SAFFIOTI, H.I.B. *Gênero, patriarcado, violência*. Coleção Brasil Urgente. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

SCOTT, James C. Exploração normal, resistência normal. Brasília, *Revista Brasileira de Ciência Políticas*, n.5., p. 217-243, jan./jul. 2011.

YANNOULAS, Sílvia Cistina. O trabalho sem fim: sobre a centralidade dos trabalhos femininos. In: _____. *Condições de trabalho no limiar do século XXI*. 1ª edição. Brasília: Época Editora, 2008. p. 89-95.

RESUMO

Saúde, processos de adoecimento e desassossegos cotidianos são assuntos recorrentes nas conversas que mantenho com minhas interlocutoras de pesquisa, trabalhadoras terceirizadas que realizam serviços de limpeza e conservação em um órgão público federal em Brasília. Desta forma, em consonância com a oportunidade oferecida pelo campo e pelas agentes, optei por desenvolver uma investigação que permeasse algumas das percepções

dessas mulheres e suas elaborações acerca de estados de saúde e doença, bem como as relações que elas estabelecem com seus corpos e com os corpos daqueles que, porventura, lhes demandem cuidados.

Esse trabalho se apresenta, portanto, como uma tentativa de compreender, a partir de questões instigadas pelo universo multivocal das práticas populares, em que medida abordagens não hegemônicas aparecem nas significações formuladas pelas interlocutoras da pesquisa, em suas vivências, nos seus processos de adoecimento, de cura, de manutenção da saúde e de prevenção. É possível que o espectro do popular manifeste-se de forma velada, ou ainda bastante imbricado à medicina biomédica – a terapia “oficial”. Nesse sentido, adianto que as formas de apropriação de abordagens terapêuticas são variadas, cabendo ao trabalho de campo iluminar muitas das questões suscitadas pela convivência com as agentes pesquisadas.

Palavras-chave: Saúde popular, Trabalhadoras, Terapias hegemônicas e contra-hegemônicas.

RESUMEN | TRABAJADORAS Y POPULAR SALUD: DIÁLOGO Y INTERSECCIONES

Salud, procesos de enfermedad y ansiedades cotidianas son temas recurrentes en las conversaciones que mantengo con mis interlocutoras de investigación, trabajadoras tercerizadas que realizan servicios de limpieza y mantenimiento e en una agencia del gobierno federal en Brasilia. Por lo tanto, en línea con la oportunidad ofrecida por el campo y por los agentes, escogí por desarrollar una investigación que permease algunas de las percepciones de estas mujeres y sus elaboraciones acerca de estados de salud y enfermedad, así como las relaciones que establecen con sus cuerpos y con los cuerpos de aquellos que, perchance, les demanden cuidado.

Este trabajo se presenta, por tanto, como un intento de comprender, desde las cuestiones instigadas por el universo multivocal de las prácticas populares, en qué medida enfoques no-hegemónicos aparecen en las significaciones elaboradas por las interlocutoras de la investigación, en sus vivencias, en sus procesos de enfermedad, de cura, de mantenimiento de la salud y

de prevención. Es posible que el espectro del popular aparezca de modo velado o bastante entrelizado a la medicina biomédica – la terapia “oficial”. En este sentido, adelanto que las formas de apropiación de los enfoques terapéuticos son variados, teniendo el trabajo de campo la función de iluminar muchas de las cuestiones planteadas por la interacción con las agentes investigadas.

Palabras Clave: Salud Popular, Trabajadores, Terapias hegemónicas y contrahegemónicas.

ABSTRACT | WORKERS AND POPULAR HEALTH: DIALOGUE AND INTERSECTIONS

Health, disease processes and everyday anxieties are recurring issues among the conversations that I maintain with my researches interlocutors, outsourced female workers who perform cleaning and maintenance on a federal government agency in Brasília. Thus, in consonance with the opportunity offered by field and by agents, I chose to develop an investigation that permeate some of these women perceptions and their elaborations about states of health and disease, as well as the relationships they establish with their bodies and with the bodies of those who, perhaps, demand their care.

This work presents, therefore, an attempt to understand, from issues instigated by *multivocal* universe of popular practices, how non-hegemonic approaches appear in the significations elaborated by researches interlocutors, on their living experiences, in their disease processes, healing, health maintenance and prevention. It is possible that the spectrum of popular manifest itself covertly, or rather interwoven with biomedical medicine – the “official” therapy. In this sense, I advance that the forms of appropriation of therapeutic approaches are varied, being the role of fieldwork illuminate many of the issues raised by the interaction with the agents surveyed.

Key words: Popular Health, Workers, Hegemonic and counter-hegemonic therapies.