

Dora Porto



Bioética e qualidade de vida:

As bases da pirâmide social no coração do Brasil

**Um estudo sobre a qualidade de vida, qualidade de saúde e
qualidade de atenção à saúde de mulheres negras
no Distrito Federal**

Brasília, 2006

Dora Porto

Bioética e qualidade de vida:

As bases da pirâmide social no coração do Brasil

**Um estudo sobre a qualidade de vida, qualidade de saúde e
qualidade de atenção à saúde de mulheres negras
no Distrito Federal**

**Tese de doutoramento
apresentada como requisito
parcial para obtenção do
grau de doutor em Ciências
da Saúde – área de
concentração Bioética – do
Programa de Pós-
Graduação em Ciências da
Saúde, na Universidade de
Brasília (UnB).**

Orientador: Professor Dr. Volnei Garrafa

Brasília, 14 de dezembro de 2006



Universidade de Brasília

Departamento de Saúde Coletiva

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

Área de concentração: Bioética

TERMO DE APROVAÇÃO

Tese de doutoramento apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de doutor em Ciências da Saúde – área de concentração Bioética – do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília (UnB), defendida perante a seguinte banca:

**Professor Doutor Volnei Garrafa – Departamento de Saúde Coletiva (UnB).
Presidente/ Orientador.**

**Professora Doutora Anadergh Barbosa de Abreu Branco – Departamento de Saúde Coletiva (UnB).
Membro efetivo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.**

**Professora Doutora Helena Eri Shimizu – Departamento de Enfermagem (UnB).
Membro efetivo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.**

**Professora Doutora Lurdes Maria Bandeira – Departamento de Sociologia (UnB).
Examinador interno.**

**Professor Doutor Fermin Roland Schramm – Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/ Fiocruz).
Examinador externo.**

**Professor Doutor Jorge Alberto Cordón Portillo – Departamento de Odontologia (UnB).
Suplente.**

Se nascemos numa sociedade que nos ensina certos valores morais - justiça, igualdade, veracidade, generosidade, coragem, amizade, direito à felicidade - e, no entanto, impede a concretização deles porque está organizada e estruturada de modo a impedi-los, o reconhecimento da contradição entre o ideal e a realidade é o primeiro momento da liberdade e do viver. O segundo momento é a busca das brechas pelas quais possa passar o possível, isto é, uma outra sociedade que concretize no real aquilo que a nossa propõe no ideal.

Marilena Chauí. Estudo da filosofia (1).

Daí o tom de raiva, legítima raiva, que envolve o meu discurso quando me refiro às injustiças a que são submetidos os esfarrapados do mundo. Daí o meu nenhum interesse de, não importa que ordem, assumir um ar de observador imparcial, objetivo, seguro, dos fatos e dos acontecimentos. Em tempo algum pude ser um observador “acinzentadamente” imparcial, o que, porém, jamais me afastou de uma posição rigorosamente ética. Quem observa o faz de um certo ponto de vista, o que não situa o observador em erro. O erro, na verdade, não é ter um certo ponto de vista, mas absolutizá-lo e desconhecer que, mesmo do acerto de seu ponto de vista é possível que a razão ética nem sempre esteja com ele. O meu ponto de vista é o dos “condenados da Terra”, o dos excluídos.

Paulo Freire. Pedagogia da autonomia (2).

Essa resignada submissão às necessidades de cada dia não era para ganhar a vida; era, apenas, para não perdê-la.

José Américo de Almeida. A bagaceira (3).

Este trabalho é dedicado à Alaíde, a santinha; à Conceição, a babá; à Adeliana; à Preta; à Solange e Adília, mulheres que estiveram presentes em minha vida de menina ou que ajudaram a criar meus filhos.

Gostaria de fazer menção especial nessa dedicatória à Maria Pereira de Souza, leitora do primeiro trabalho sobre este tema, que discutiu inúmeras vezes muitos dos problemas da vida das empregadas domésticas e me esclareceu sobre várias questões apresentadas nesta tese. Confesso que sua leitura espontânea e seu interesse não foram apenas uma grata surpresa, mas um grande estímulo à continuidade do trabalho.

Agradeço ao meu orientador professor doutor Volnei Garrafa pela confiança em mim depositada, pela parceria, pelo apoio nos momentos difíceis e pela generosidade em partilhar comigo seu conhecimento sobre Bioética.

Agradeço, em memória, ao professor Martin Novion que orientou meus primeiros passos na Antropologia, tendo guiado o salto para a área da Saúde e estimulado adentrar no campo da Bioética.

Agradeço à Lucélia Luiz Pereira e Priscila Maia amigas cujo auxílio foi fundamental no levantamento de dados e nas discussões sobre o projeto de pesquisa que originou essa tese. Devo agradecer a elas e também à Andréa Mesquita a leitura paciente de diversos trabalhos nos quais discuti os temas aqui apresentados.

Agradeço à Kênia Alves, cúmplice na discussão de muitas destas idéias, que chegou, inclusive, a me emprestar seus dedos para que as palavras pudessem se materializar na velocidade dos pensamentos em vários trabalhos que antecederam esta tese.

Agradeço à Sofia Fernandes, Chico Costa, Hélio Rocha e Ana Tapajós por seu apoio e disponibilidade para ler e discutir as questões aqui tratadas, contribuição por vezes essencial para que eu não me afogasse no mar das idéias.

Agradeço à Ana Lúcia dos Santos Rodrigues, secretária emérita (e anjo da guarda) da Cátedra UNESCO de Bioética, que se revelou uma amiga e incentivadora nos momentos críticos da produção desta tese.

Agradeço também ao professor Wagner Rizzo, que aos 43 minutos do segundo tempo ofereceu-se, generosamente, para tornar este trabalho, mais bonito.

Agradeço ainda aos meus amados filhos, Plínio, Martin e Marília que souberam entender meu humor irascível durante a elaboração desta tese e que me ajudaram (e às vezes assumiram) as tarefas domésticas para que eu tivesse disponibilidade para escrever. À Marília agradeço ainda a transcrição das entrevistas e ao Plínio a manutenção constante do computador.

Agradeço por fim ao meu querido pai, que como um pianista de uma nota só, insistiu (incansavelmente!) para que eu retornasse à vida acadêmica.

A todas e todos... Obrigada!

Sumário

Introdução.....	12
1. Marco teórico	
1.1 Bioéticas brasileiras.....	24
1.2 Bioética de Intervenção.....	37
1.2.1 Âmbito de atuação e sujeitos.....	38
1.2.2 Marco teórico: o corpo.....	40
1.2.3 Parâmetros norteadores.....	44
1.3 O conceito de qualidade.....	48
1.4 Categorias subjacentes.....	62
2. Histórico	
2.1 História do desenho social.....	68
2.2 A subjugação das mulheres.....	68
2.3 A subjugação da população negra.....	72
2.4 Do trabalho escravo ao emprego doméstico.....	83
2.5 O quadro pintado pela história.....	93
2.6 Detalhes do cenário.....	101

3. Método

3.1	Classificação da pesquisa.....	112
3.2	Caracterização da técnica.....	114
3.3	Caracterização dos sujeitos.....	121
3.4	Caracterização do campo.....	126
3.5	Considerações gerais sobre o método.....	129

4. Resultados e discussão

4.1	Perfil por faixa etária.....	133
4.1.1	Idosas.....	133
4.1.2	Adultas.....	138
4.1.3	Jovens.....	144
4.2	Qualidade de vida	
4.2.1	As mulheres desenhadas.....	150
4.2.2	O lugar.....	159
4.2.3	A casa.....	169
4.2.4	O tempo cotidiano.....	167
4.2.5	Dinheiro.....	170
4.2.6	Trabalho.....	172
4.2.7	Projeto de vida.....	186
4.3	Qualidade de saúde	
4.3.1	Violência interpessoal.....	189
4.3.2	Conjugalidade.....	194
4.3.3	Filhos.....	196
4.3.4	Redes sociais e religião.....	198
4.3.5	Reconhecimento das desigualdades.....	202

4.3.6	Cor.....	212
4.3.7	Cuidados corporais.....	213
4.3.8	Percepção do corpo.....	218
4.3.9	Sono.....	221
4.3.10	Alimentação.....	223
4.3.11	Sexo.....	225
4.3.12	Sensações cotidianas – o “normal”.....	227
4.4	Qualidade da Atenção à Saúde	
4.4.1	Sensações cotidianas – o “patológico”... ..	232
4.4.2	Saúde e idade.....	234
4.4.3	Atendimento nos serviços de saúde.....	237
4.4.4	Filas e consulta.....	240
4.4.5	Planejamento familiar.....	243
4.4.6	Atendimento pré-natal e parto.....	245
4.4.7	Considerações sobre o SUS.....	247
5.	Considerações finais.....	254
5.1	A análise bioética sobre panorama encontrado..	257
6.	Conclusão.....	271
	Referências.....	279
	Anexos	

Introdução

Este trabalho apresenta os resultados de pesquisa qualitativa e descritiva, empreendida para obtenção do título de doutor em Ciências da Saúde – área de concentração Bioética, pelo Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB). Voltada ao campo da bioética aplicada à Saúde Coletiva, essa pesquisa busca apontar e delinear uma situação concreta em que a ausência de qualidade de vida decorre - inequivocamente – da injustiça que marca a sociedade brasileira, configurando-se, portanto, como uma discussão do campo das moralidades e temática legítima da Bioética.

Como o projeto a partir do qual foi realizada essa tese voltava-se à exploração de metodologia de pesquisa em Bioética, destinando-se conseqüentemente a colaborar para a consolidação de uma vertente da Bioética brasileira – a Bioética de Intervenção – ⁴ o *Marco Teórico* concentra-se nos estudos realizados no país. Apenas para contextualizá-los é brevemente apresentada a história da criação do neologismo *bioética* e de sua apropriação pela área biomédica. A partir disso, o marco teórico aponta o grupo de idéias na produção nacional que orientaram a construção do objeto, tendo sido selecionados os autores que contribuíram de maneira substancial para construir o arcabouço epistemológico da Bioética brasileira, e, especificamente, aqueles que demonstraram preocupação em colocar em pauta a discussão social no campo da Bioética, relacionando-a às condições de vida e morte de indivíduos, grupos, segmentos e populações, que é o tema desta tese.

Assim, são apresentadas no marco teórico a Bioética da Teologia da Libertação ⁵ e a Bioética da Proteção ⁶, que a partir de visões de mundo e perspectivas teóricas distintas discorrem sobre as iniciativas pessoais e institucionais que precisam ser tomadas para garantir a saúde pública. Em virtude da característica do recorte proposto são introduzidas também a Bioética Crítica de Inspiração Feminista desenvolvida no contexto brasileiro ⁷ e a Bioética Feminista e Anti-Racista ⁸. Em comum essas vertentes analisam as questões éticas relacionadas à saúde e adoecimento - vida e morte - da parcela feminina da sociedade brasileira. Especialmente significativa ao recorte destaca-se a Bioética Feminista e Anti-Racista, que desenvolve sua base conceitual a partir da análise das desigualdades inerentes aos papéis subalternos atribuídos ao segmento negro em nossa sociedade, situação que também se estende (e se acentua) em relação às mulheres negras.

Como o projeto que originou esta tese busca consolidar a proposta da Bioética de Intervenção, perspectiva teórica que vem sendo desenvolvida há alguns anos pela Cátedra UNESCO de Bioética desta UnB, são apresentadas as noções fundamentais dessa proposta. Esse capítulo, também traz e debate o conceito de *qualidade de vida*, tal como vem sendo proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) ⁹ e apontadas algumas implicações da sua utilização, discussão que constitui o elemento chave desta abordagem teórica. Como não poderia deixar de ser, é apresentado e discutido ainda o conceito de *saúde*, diretamente relacionado ao primeiro, também segundo a formulação proposta pela OMS¹⁰. Além deles, são sumariamente definidas algumas categorias utilizadas.

No resumo *Histórico* apresentado no capítulo 2 é traçada a genealogia das assimetrias de gênero e das que se estabeleceram em relação à cor no Brasil. Dentre as múltiplas desigualdades relacionadas ao papel atribuído a cada sexo na sociedade brasileira, o foco recai sobre o trabalho reprodutivo¹ exercido pelas mulheres, procurando relacionar as atividades de manutenção da moradia e o cuidado com seus habitantes à modalidade profissional que deriva dessas atividades: a profissão de empregada doméstica. A escolha desse foco decorre do fato dessa modalidade de vínculo empregatício ter despontado nas entrevistas como uma atividade recorrente ao grupo estudado.

Além disso, o *Histórico* entrelaça à genealogia das desigualdades entre os sexos àquelas que se estabelecem entre negros e brancos, buscando apresentar de modo sucinto as raízes das desigualdades socioeconômicas, observadas atualmente na sociedade brasileira. Salientando o processo de divisão sexual do trabalho, a partir do dimorfismo e das circunstâncias históricas que envolvem a inserção social da população negra, esse capítulo está focado no trabalho reprodutivo e no trabalho doméstico, estabelecendo associação entre eles e as condições que marcam tanto a divisão sexual do trabalho reprodutivo, quanto o exercício profissional do trabalho doméstico no Brasil. Para isso são elencados junto aos pressupostos teóricos, os distintos instrumentos legais que definem as características dessa modalidade de vínculo empregatício.

¹ A *Plataforma Política Feminista*, elaborada durante a I Conferência Nacional de Mulheres Brasileiras define o trabalho doméstico como: “o rol das atividades realizadas no âmbito da moradia, referentes à manutenção do espaço físico e ao bem-estar de seus habitantes, podendo o mesmo ser desenvolvido profissionalmente ou não” *Plataforma Política Feminista*. Conferência Nacional de Mulheres Brasileiras. Brasília, DF, 6 a 7 de junho de 2002. p. 41.

Como consequência desse enfoque nas atividades laborais, nas duas partes subsequentes do histórico é descrito o panorama social no qual se dá o trabalho doméstico e apresentadas algumas das implicações desse quadro sobre o segmento estudado. Também são descritas, de modo breve, algumas das características dessa atividade profissional, tais como: a infra-estrutura dos espaços onde são realizadas essas atividades; sua especificidade e implicações funcionais; a dinâmica dos processos de trabalho e as relações de poder relacionadas ao trabalho doméstico.

O capítulo 3 apresenta o método da pesquisa de campo, delineada segundo especificado no projeto apresentado à Comissão de Avaliação do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, por ocasião do ingresso desta postulante no referido Programa, a qual caracteriza-se por ser interdisciplinar, abrangendo a Bioética, a Antropologia e a Saúde Coletiva. De natureza qualitativa e descritiva, a pesquisa levantou os dados analisados por entrevistas que forneceram elementos para discutir a desigualdade que envolve a vida das mulheres em geral, e das mulheres negras, em específico, segmento que se encontra na base da pirâmide social, segundo os instrumentos oficiais de mensuração adotados no Brasil.

Dentre o rol das informações levantadas em campo foram criteriosamente pesquisadas as relativas à condição socioeconômica das entrevistadas, permitindo estabelecer paralelo entre o recorte trabalhado e a totalidade do segmento ao qual este pequeno grupo pertence. A comparação entre os dados do perfil socioeconômico das entrevistadas e as informações provenientes dos indicadores e índices nacionais confere a possibilidade de

uma relativa generalização das informações levantadas. Os indicadores e índices considerados são os dados censitários e amostrais, coletados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)^{12;13;14;15;16}, análises do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), bem como informações provenientes de outras fontes ligadas aos movimentos Sindical, Feministas e Negro, bem como a Organismos Internacionais.

Foram ouvidas doze mulheres negras, pretas e pardas; de três faixas etárias, idosas, adultas e jovens, para levantar e inter-relacionar os fatores que condicionam sua qualidade de vida. O método adotado buscou correlacionar aspectos objetivos, em relação aos quais a avaliação é exógena, e subjetivos, cuja avaliação decorre de padrões endógenos, formulado pelas próprias entrevistadas a partir de sua percepção, sensações e emoções a respeito da realidade em que vivem. Utilizando como técnica de registro a entrevista baseada em roteiro, elaborado a partir de diversas fontes, a pesquisa foi realizada em três cidades satélites com baixa renda *per capita* no Distrito Federal (DF) e em uma Região do entorno, entre janeiro e julho de 2006. Esses parâmetros do recorte de pesquisa são devidamente especificados no capítulo *Método*.

A seguir o capítulo *Resultados e discussão* divide-se em quatro partes. A primeira sintetiza os dados coletados em campo: o perfil da entrevistada; as características da área onde vive e de sua moradia; sua situação sócio-econômica e a de sua família; alguns aspectos relevantes de sua história de vida; suas atividades profissionais e as atividades realizadas cotidianamente no âmbito doméstico; suas sensações cotidianas; seu estado e condição de

saúde; assim como sua avaliação sobre o atendimento que recebe nos serviços de saúde. As informações relativas ao perfil de cada uma delas foram sistematizadas de forma a agrupar as características similares em suas condições de vida, comportamento e visão de mundo.

Na segunda, terceira e quarta parte do capítulo são apresentados e analisados os dados coletados em campo. Na primeira delas, *qualidade de vida*, são apresentados os dados que se relacionam diretamente aos fatores objetivos, sendo associados aos indicadores e índices econômicos, sociais e de saúde. Dentre eles salientam-se os relativos à infra-estrutura; situação sócio-econômica; além de aspectos relevantes de seu perfil e história de vida. Além deste são discutidos também os dados que se referem ao projeto de vida, categoria subjetiva, que guarda estreita relação com as primeiras.

A segunda discute os dados relativos ao que se optou por denominar *qualidade de saúde*. São apresentadas as informações relativas à violência interpessoal, às relações conjugais e outros, relativos à percepção das entrevistadas sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais estão inseridas. São enfocados especificamente tópicos relacionados às desigualdades de gênero, cor bem como a que se estabelece entre as classes sociais. Também são abordados os dados relativos às funções vitais, como alimentação, sono e sexualidade, além dos que se referem aos cuidados corporais. São mostrados ainda os dados concernentes às sensações e emoções mais freqüentemente experimentadas no dia-a-dia.

A última parte refere-se à *qualidade de atenção à saúde*, na qual são discutidos os dados sobre o estado de saúde das entrevistadas assim como

sua avaliação sobre diversos aspectos do atendimento que recebem nos serviços de saúde. Devido à extensão do material levantado nos três blocos (19 horas de gravação) são utilizados para ilustrar essa análise pequenos trechos especialmente significativos da fala das entrevistadas, que sintetizam o comportamento ou visão de mundo da totalidade, da maioria ou ainda de qualquer outra fração do grupo estudado.

As *Considerações finais* discorrem sobre as implicações da utilização dessa metodologia em Bioética. Além disso, são ponderados os pontos mais significativos da discussão à luz da Bioética, destacando, especificamente, aqueles que dizem respeito ao papel social atribuído às mulheres; às relações trabalhistas a que estão submetidas aquelas que são negras e pobres; e as conseqüências da conjugação desses dois fatores em termos de prazer e dor; saúde e adoecimento. No que diz respeito ao estudo das moralidades e da ética prática aplicada à dimensão social é enfatizado o jogo de forças que reproduz essas relações de poder, a partir da manutenção da situação social e econômica. Essa análise é articulada a partir dos conceitos de autonomia, como conceituado a partir da Bioética da Teoria da Libertação ¹⁷, empoderamento, libertação e emancipação, como formulados pela Bioética de Intervenção ¹⁸, bem como os conceitos de vulneração e vulnerabilidade ¹⁹, como entende a Bioética de Proteção.

Somando-se a essa análise são brevemente discutidos também neste capítulo, os aspectos sociais relacionados às desigualdades no acesso à qualidade de vida, qualidade de saúde e qualidade de atenção à saúde, para o segmento trabalhado na pesquisa, aos quais a pobreza econômica e social é

impingida como condição existencial. A desigualdade em relação à qualidade de vida, que marca a vida desse segmento, não pode ser interpretada apenas como fato social, mas deve ser encarada como questão moral e, a partir disso, analisada segundo a ética que sustem tal moralidade. Esse enfoque estabelece paralelo entre a dimensão social e a vida real de seres humanos concretos - as entrevistadas - consoante ao delineamento expandido que a recém firmada *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*²⁰ trouxe para o campo da Bioética.

Esse capítulo delinea também algumas estratégias de intervenção destinadas a transformar esse quadro, hierarquizadas segundo sua capacidade de minimizar danos ou de promover benéficos. Tais estratégias sugerem a adoção de critérios éticos na construção de políticas públicas voltadas ao interesse do todo social, pautando as relações entre segmentos e grupos na perspectiva do bem comum. A adoção dessas estratégias visa minimizar a fragmentação e dissolução que a ideologia de mercado têm imprimido à dinâmica coletiva, à qual rompe o tecido social e dificulta o caminhar rumo a uma sociedade mais equânime e justa.

São apontadas também algumas táticas voltadas à dimensão individual, a partir das quais se busca imprimir consciência dos processos iníquos que marcam as relações de gênero, cor e classe social no Brasil. Tais táticas objetivam transformar o cerne das inter-relações entre as pessoas, empoderando-as para que possam reagir frente a visões de mundo, desenhadas sobre o paulatino e progressivo alijar da maioria delas das condições elementares da existência; libertando-as da impotência de se verem

atadas a padrões morais e valores sociais espúrios, construídos para manter a subjugação e; emancipando-as para agir segundo princípios éticos e valores morais autóctones, calcados no direito à dignidade humana para todos os seres humanos ¹⁸.

Na *Conclusão* são sistematizados os possíveis aportes do desenvolvimento desse trabalho e, especificamente: a) que, consoante aos pressupostos epidemiológicos, o processo saúde doença tem origem social, sendo esta dimensão *locus* legítimo para o campo da Bioética; b) que, a utilização do conceito de *qualidade de vida* como índice para a Bioética de Intervenção revela-se ferramenta capaz de apontar a necessidade de intervir na realidade com práticas sociais e políticas públicas voltadas a equacionar a desigualdade e promover a equidade, diminuindo a dor e aumentando o prazer de sujeitos concretos; c) que, a partir do quadro delineado no trabalho de campo torna-se explícito o marco teórico da Bioética de Intervenção, o corpo e seus referenciais norteadores, o prazer e a dor.

Esses três pontos apresentados na *Conclusão*, apenas indicam o início de um processo de desconstrução das verdades apriorísticas, concebidas sob o marco da perspectiva cartesiana, da secção e hierarquização entre corpo e mente; natureza e cultura; biológico e social, que ainda emolduram a visão de mundo das ciências e se projetam no imaginário da sociedade. Essas dicotomias fundantes definem critérios de pertencimento e exclusão, interpretando diferenças como sinal de hierarquia e tendendo a excluir o diferente. Condicionando a percepção da alteridade e associando-a à subalternidade tais verdades essencializam e naturalizam a desigualdade, em

prol da manutenção do *status quo*.

Para contextualizar essa tese em uma concepção de mundo que clarifique a perspectiva filosófica desta tese, é necessário ainda delinear sucintamente seu lugar de fala. Em termos ontológicos, pode-se compreender que este lugar desenha-se sobre a concepção racionalista de intervenção humana na sociedade, que admite que o sentido das ações é estabelecido por premissas racionais, ainda que, na maior parte das vezes as próprias ações sejam fruto das emoções associadas a esse sentido. A crença subjacente a esse lugar de fala sustenta-se em uma representação humanista, que reconhece a emancipação humana como fundamental à vida social e, sob tal axioma, busca traçar uma moralidade includente e igualitária, baseada na equidade na distribuição de benefícios para todos os atores sociais em todas as sociedades. Dessa forma, contrapõe-se de modo frontal à concepção de mundo neoliberal, que aceita a hierarquização social de acordo com o poder econômico conquistado, perspectiva que advoga que grupos, segmentos e populações possam ser excluídos das condições que definem a qualidade de vida, entendendo tal exclusão como inerente à vida social. Em termos pragmáticos, a aceitação passiva de tal proposta hierarquizante exclui do essencial à qualidade de vida a maior parte da população brasileira (e do planeta).

Nesta concepção de mundo insere-se a presente tese, como um produto intelectual que entende que a Bioética tem o papel de produzir também um instrumental filosófico-técnico em saúde que transponha as fronteiras do cuidado profissional na área da saúde, com potencial para contribuir na

promoção da equidade social. Para fomentar tal reflexão a Bioética deve evidenciar as moralidades que tem gerado crescente injustiça e desigualdade na distribuição das condições de vida caracterizadas pela qualidade de vida entre grupos, segmentos e populações. Nesse sentido, deve apontar também as relações de poder que sustentam essas moralidades e moldam a desigualdade, especialmente quando se considera a influência do mercado na conformação da estrutura simbólica, das moralidades e dos comportamentos delas decorrentes.

A partir dessa premissa, a tarefa a que se propôs essa tese é desenvolver instrumental metodológico e teórico em Bioética que responda essa problemática ontológica e moral. Um instrumental de pesquisa, que dê visibilidade aos problemas éticos em saúde na dimensão social, contribuindo para a politização dessa área. Ao trazer para a cena os sujeitos concretos, sobre os quais recai o peso da desigualdade social, busca-se evidenciar a dimensão coletiva, visando fornecer elementos para que as práticas cotidianas da área da saúde possam estar voltadas a alcançar a equidade e a justiça social.

Apontar essas desigualdades e os padrões morais a elas subjacentes é função de uma Bioética comprometida com a realidade: que, no nível da casuística ²¹, seja instrumento de mediação dos conflitos relacionados à vida e morte, não apenas no reduzido âmbito da clínica ou da pesquisa, mas, principalmente, na dimensão social, onde a dor e o sofrimento são gestados e alimentados pela desigualdade; e que, na dimensão da hermenêutica ²¹ possa configurar-se reflexão não dogmática e libertária, que propicie a tomada de

consciência e a transformação desses padrões. Dessa forma, a Bioética pode responder a dois objetivos distintos, porém inter-relacionados: promover a reflexão sobre a realidade e fomentar sua transformação.

1 Marco Teórico

1.1 Bioéticas brasileiras

Como o projeto de pesquisa que originou esta tese buscava subsidiar empiricamente a construção da Bioética de Intervenção, as principais referências que compõem este trabalho remetem-se às proposições teóricas desta linha de estudo e pesquisa ^{4; 22}. Porém, como qualquer processo voltado à produção de uma síntese a partir da contraposição articulada dos elementos analisados, tal construção teórica insere na busca de definição conceitual as referências externas, num processo dialético e autofágico de revisão epistemológica.

Em virtude disso, foram selecionados uma série de trabalhos e perspectivas teóricas em Bioética produzidos no Brasil que, de alguma forma, dizem respeito à construção do recorte de pesquisa. Esses trabalhos fazem parte deste marco teórico porque se propõem a atuar no mesmo âmbito, a dimensão social; por se referirem aos mesmos sujeitos, as mulheres e, em específico as mulheres negras; por questionarem as relações de poder a partir da identificação das desigualdades sociais; por estarem voltadas para os mesmo parâmetros norteadores, os tratados de Direitos Humanos; ou, ainda, porque incluem no rol de sua temática a discussão sobre a qualidade de vida. Vale ressaltar, no entanto, que a apresentação destas distintas visões da Bioética brasileira está circunscrita aos pontos tangenciais específicos acima relacionados e, à medida do possível, orientada cronologicamente a partir da

criação do termo “bioética” nos meios acadêmicos estadunidenses^{23;24}. A parte final deste capítulo discute também o conceito de qualidade de vida, que embasa a construção do instrumento de pesquisa e norteia a análise dos resultados de sua aplicação.

No que diz respeito aos parâmetros orientadores pode-se dizer que, *a radice*, o surgimento da Bioética pode ser remetido ao Tribunal de Nüremberg, iniciativa dos aliados, vencedores da Segunda Guerra Mundial, para averiguar e julgar os crimes cometidos contra a humanidade pelo governo alemão sob o regime nazista. Pode-se dizer então “que seu berço é, inegavelmente, a área dos Direitos Humanos”²⁵. Porém, a identificação desse campo de estudos por meio do termo “bioética” deu-se somente 23 anos mais tarde quando Van Renselaer Potter cunhou o neologismo em 1970²⁶. Na ocasião, sua preocupação voltava-se à discussão dos impactos ambientais da ação antrópica, questionamento que começava a despertar naquela década no meio acadêmico em todo mundo. O crescimento científico alcançado no pós-guerra havia provocado transformações sociais e ambientais em todas as sociedades industrializadas do Ocidente, alterando com maior ou menor velocidade os modos de vida em cada uma delas²⁷.

O aumento da população mundial a partir do “*Baby boom*” e a forte tendência de migração para áreas urbanas desde meados do século XX contribuíram para acelerar a pressão sobre os recursos naturais. A preocupação com sua proteção e economia foi introduzida não apenas no discurso acadêmico, mas na pauta cotidiana dos veículos de mídia. A apresentação em jornais, revistas e programas televisivos de matérias sobre a

poluição do ar e da água, bem como, sobre a utilização de combustíveis fósseis, expandiu ao público leigo a discussão, o conhecimento e a preocupação com esses temas. É importante considerar que até então o crescimento econômico era o único parâmetro para mensurar o desenvolvimento dos países e ciência & tecnologia eram vistas como ferramentas indispensáveis e indiscutíveis para produzir o progresso almejado: “O que me interessava naquele momento (...) era o questionamento do progresso e para onde estavam levando a cultura ocidental todos os avanços materialistas próprios da ciência e tecnologia”²⁸.

Se a criação do termo bioética atendeu a uma preocupação com o rumo que a visão de mundo positivista imprimiu à pesquisa científica e ao desenvolvimento tecnológico, os objetivos de sua criação não foram contemplados, ao menos nas primeiras duas décadas nas quais o termo bioética foi divulgado e utilizado, a partir da perspectiva que imperou na própria sociedade estadunidense²⁹. A apropriação do termo no meio médico, por meio das discussões promovidas inicialmente pelo *Kennedy Institute of Ethics* e, posteriormente, pelo *Hastings Center* implicaram em um reducionismo em seu campo de atuação, limitando seu objeto de estudo; métodos e tipos de procedimento; tarefas e finalidades³⁰ à área biomédica, aos conflitos entre profissionais e pacientes na clínica ou entre pesquisadores e sujeitos de pesquisa. Assim, não foi alcançada a pretensão que originou a iniciativa de Potter que buscava articular “o conhecimento científico natural e a moral humana, as ciências naturais e as ciências sociais, acabando com o pressuposto da ‘neutralidade axiológica’ da ciência preconizada pelo

positivismo”²⁸.

Essa forma de compreender a bioética tornou-se rapidamente hegemônica pela própria difusão desse campo do conhecimento em todo mundo. Facilitou sobremaneira esse processo o *Relatório Belmont*, produzido pela Comissão Nacional para Proteção dos Seres Humanos em Pesquisa Biomédica e Comportamental, elaborado por determinação do Congresso estadunidense, que delineou como princípios norteadores da pesquisa biomédica e comportamental os critérios da autonomia, beneficência e justiça. A posterior incorporação do princípio da não-maleficência a partir da obra de Beauchamp e Childress, voltada aos conflitos da prática clínica, e o lançamento da *Enciclopédia de Bioética*, que definiu o campo da Bioética como quase que exclusivamente pertinente à área biomédica, contribuíram para difundir essa perspectiva tornando-a predominante³¹.

O Brasil demorou mais de 20 anos para incorporar formalmente a Bioética como um campo de estudos e quase 25 para começar a rever e adaptar as propostas discutidas mundialmente à realidade brasileira: “A Bioética brasileira é tardia, tendo surgido de forma orgânica somente nos anos 1990”³². Deve-se considerar, no entanto, que nessa época o país esteve sob a ditadura militar, o que torna compreensível o longo período que a Bioética levou para se consolidar no Brasil. Ainda que possam haver outras razões, o jugo da ditadura pode ser considerado motivo mais que suficiente para dificultar a introdução no país de um campo de estudo que se propõe a discutir a ética das relações, sejam elas pertinentes à área biomédica ou não, assim como as razões morais que condicionam o início, curso e o fim da vida.

Há que se salientar também a influência determinante do contexto político e econômico mundial, que nesse período da expansão do mercado globalizado provocou a retração das políticas sociais dos Estado-nação, repercutindo diretamente no setor saúde. A crise econômica, social, política e cultural que se seguiu a essas transformações macro-econômicas implicaram no esgotamento das condições de manutenção do Estado de Bem-estar Social (*Welfare State*) que, direta ou indiretamente, orientava os modelos de políticas públicas, mesmo nos países “em desenvolvimento”, como é o caso do Brasil.

A constatação de que os vultuosos investimentos na área da saúde não tinham alcançado os objetivos esperados, polarizou e agudizou a tensão dialética da discussão que se seguiu. Esta discussão apontava dois caminhos distintos para responder à crise sanitária: se, ao aproveitarem dos limites impostos pela crise econômica, os interesses de mercado tendiam a orientar a discussão para os efeitos danosos da intervenção estatal nas políticas públicas; por outro lado, os que acreditavam numa ordem política provida ou mediada pelo Estado buscavam trazer para a arena de discussão sua própria visão sobre a relação entre desemprego, pobreza e saúde ³³.

A repercussão da crise econômica no Brasil acabou por fortalecer um movimento contra-hegemônico na área da saúde, que na década de 1980 consolidou-se no projeto da Reforma Sanitária brasileira: “Em todo país surgem movimentos de trabalhadores de saúde. São criados o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), que participaram do processo de sistematização das propostas de mudança do modelo de saúde em vigor” ³⁴. Deve-se

ressaltar que foram relevantes na construção desse processo, a *Declaração de Alma-Ata para os Cuidados Primários em Saúde* de 1978 e, na década de 1980, o *Relatório Lalonde*, produzido pelo governo do Canadá, assim como as Conferências de Ottawa, Adelaide e Sunsvall e seus respectivos conjuntos de recomendações ³⁵. Esses documentos introduziram conceitos como o de equidade no acesso à saúde ³³ e idéias como promoção da saúde ³⁶, as quais, posteriormente, foram incorporadas como princípios ou objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS). Os pressupostos teóricos e metodológicos da Epidemiologia também se configuraram como elementos importantes para resgatar e legitimar um corpo de conhecimento em saúde voltado às práticas coletivas ³⁷.

Em 1986, a *VIII Conferência Nacional de Saúde* formaliza proposta para a construção de um modelo para a saúde, o qual serviu de base para as discussões da Assembléia Nacional Constituinte. O Art. 196 da Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 1988, reconhece a saúde como um direito de cidadania a ser garantido pelo Estado, instaurando a base para a criação do SUS. O conceito de saúde incorporado pelo SUS implicou em perceber saúde de forma ampliada, considerando como fatores condicionantes da relação saúde/adoecimento o ambiente, as condições geográficas, água, alimentação, habitação; os relacionados à dimensão socioeconômica, como renda, trabalho, educação e hábitos pessoais; e ainda os decorrentes do acesso aos serviços de saúde. Tal forma ampliada de classificação dos fenômenos que concorrem para a relação saúde e adoecimento deu origem aos três níveis de atenção preconizados pelo Sistema, voltados a promover,

prevenir e recuperar a saúde.

Entretanto, essa forma ampliada de definir e lidar com a saúde proposta pelo SUS, a qual considera as implicações das dimensões ambiental e social na relação saúde e adoecimento, não foi imediatamente absorvida no campo da Bioética, que nessa ocasião começava a ser introduzida no país. A influência da perspectiva estadunidense, hegemônica em todo mundo, condicionou inicialmente a importação acrítica do modelo principialista de Bioética. O modelo principialista, alinhado a uma visão de mundo reducionista e conservadora da saúde, negava, inclusive, o ensinamento hipocrático, o qual “consiste sobretudo em reconhecer que existe uma continuidade entre as doenças do indivíduo e as doenças da coletividade”³⁸. Assim, a adoção irrestrita desse modelo apenas fortalecia uma idéia de saúde construída a partir dos interesses de mercado e das respostas individuais e medicalizadas ao adoecimento. A grande distância entre as discussões centradas no uso de novas tecnologias e a realidade sanitária do país estimulou a Bioética brasileira a tatear na busca de seus próprios caminhos.

A fundação da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB) em 1995 pouco alterou esse quadro. Atesta essa afirmação o texto das *Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos*, Resolução do Conselho Nacional de Saúde RN-CNS196/96, aprovado no ano seguinte, cujo Preâmbulo especifica os quatro princípios, identificando-os como “os referenciais básicos da bioética”³⁹. Disso se constata que, também no Brasil, o principialismo era identificado como “o próprio coração da Bioética”⁴⁰. *Quaestio facti* é que a aceitação quase incontestada desta perspectiva ainda é tão

marcante que mesmo quando se pretende não caracterizar um alinhamento total ao princípalismo, este é definido como “os princípios da Bioética”⁴¹.

Esse reducionismo à área biomédica no âmbito de atuação, nas temáticas tratadas e na focalização dos sujeitos aos quais se refere a Bioética, acarretou sérias implicações epistemológicas e metodológicas. A Bioética passou a ser vista como um assessorio destinado a regular as falhas dos códigos deontológicos, atuando quase que exclusivamente como um “poder moderador”, capaz de arbitrar sobre conflitos éticos em casos e circunstâncias específicas, voltada assim a regular (ou minimizar) os danos da pesquisa e aplicação das biociências e da biotecnologia. A adoção dessa perspectiva refletiu-se também na pesquisa em Bioética que, em decorrência de sua relação direta e exclusiva com a área biomédica, passou a ser validada e reconhecida apenas à medida que reproduzisse métodos e técnicas comumente utilizados nessas áreas.

Essa orientação, no entanto, acabou por encontrar resistência até mesmo entre os que atuavam nesse campo, que a partir desse momento começaram a se autodesignar “bioeticistas”. O questionamento ao modelo princípalista, comparado por grande parte de seus críticos a um *check-list* normativo⁴², pode ser identificado como a primeira argumentação contrária a essa visão focada exclusivamente nas práticas curativas formulada por expressiva parcela dos bioeticistas brasileiros. Tal desconforto se expressa em trabalhos como *A dimensão da ética em saúde pública* que, já em 1995, apontava a diferença entre Bioética e deontologia, enfatizando a importância de “ampliar o paradigma ético em saúde”⁴³.

A desconstrução do principialismo pelos bioeticistas brasileiros foi rapidamente seguida por tentativas de contextualizar o debate nesse campo à realidade nacional. Os pesquisadores que se opunham à adoção irrestrita da perspectiva principialista voltaram sua atenção ao resgate dos conceitos da Saúde Coletiva, buscando responder aos conflitos que emergiam da nova forma de atenção proposta pelo SUS. Propugnando transformações no *status quo*, dão início às discussões sobre saúde pública e equidade na alocação de recursos, que já apontavam para o questionamento, aprofundado posteriormente, sobre o rumo do desenvolvimento tecnológico na área da saúde e para a problemática da desigualdade de direito ao acesso aos bens e serviços que caracterizam a qualidade de vida:

“A igualdade é a conseqüência desejada da equidade, sendo o ponto de partida para aquela. Ou seja, é somente com o reconhecimento das diferenças e das necessidades diversas dos sujeitos sociais que se pode alcançar a igualdade. A igualdade não é mais um ponto de partida ideológico que tendia a anular as diferenças. A igualdade é o ponto de chegada da justiça social, o referencial dos Direitos Humanos e o passo que precede o reconhecimento da cidadania”⁴⁴.

Deve-se destacar entre as iniciativas para construir uma perspectiva autóctone para a Bioética brasileira nesse período a classificação de seu âmbito de atuação em dimensões distintas, identificadas como micro, midi e macro social pela Bioética da Teologia da Libertação^{45;46} e a temática em conflitos persistentes e emergentes, pela Bioética Dura⁴⁷. Essas primeiras classificações, que já apontavam para uma divergência em relação à perspectiva estadunidense, configuram-se como fundamentos das proposições defendidas nesta tese uma vez que o âmbito de atuação para a discussão da

problemática tratada inscreve-se na dimensão social e a característica dos conflitos analisados diz respeito às temáticas persistentes. De maneira geral pode-se dizer que esses esforços para contextualizar e sistematizar a Bioética no Brasil buscavam uma aproximação entre a discussão voltada exclusivamente à área da saúde e o panorama socioeconômico do país, o qual condiciona a produção da saúde e do adoecimento ⁴³.

Em relação à Bioética da Teologia da Libertação é importante ressaltar que essa proposta teórica foi a primeira identificar claramente a vulnerabilidade na dimensão social, relacionando-a à pobreza e à exclusão. Embora associe a Bioética à ética na área biomédica, aponta os grandes contrastes entre ricos e pobres, evidenciando que “a doença e a morte têm raízes sociais na fome, na insalubridade da moradia, na falta de saneamento básico, de água e esgoto, nas precárias condições de trabalho, na falta de educação sobre os cuidados sanitários e mesmo na falta de condições econômicas para pô-los em prática” ⁴⁸. Mas não é apenas essa identidade em relação ao campo de atuação que torna pertinente a inclusão aqui dessa perspectiva teórica. Avançando a argumentação em direção à crítica das razões políticas e econômicas que originam as desigualdades sociais salienta que “mesmo aceitando que possam haver razões de cunho epistemológico para não se fazer Bioética no nível da Política e da Economia, persiste entretanto a necessidade de, no mínimo, fazer Bioética em diálogo com a ética social” ⁴⁹.

Além dessas críticas iniciais à perspectiva hegemônica em Bioética, essa linha de pensamento vem, mais recentemente, buscando desenvolver uma reflexão sobre o conceito de autonomia, tradicionalmente relacionado

apenas à formulação kantiana. Enfatizando os aspectos subjetivos relacionados às sensações e emoções na produção do comportamento, tal análise relaciona a produção do desejo ao mercado nas sociedades contemporâneas, associando ainda esse fenômeno a uma interpretação do individualismo que olvida a dimensão coletiva e “pulveriza a razão de responsabilidade interpessoal, domestica a capacidade de indignação diante das iniquidades, reduz a ética a aspectos defensivos e inibe seu dinamismo afirmativo e criativo”⁵⁰.

Outra vertente teórica bem mais recente, mas que também trabalha a problemática da exclusão social e que por isso deve fazer parte desta discussão é a Bioética de Proteção⁵¹. Caracterizada como uma proposta que abrange dois âmbitos de atuação distintos, implicados na maior ou menor amplitude da idéia de proteção, essa perspectiva volta-se tanto para a necessidade de desenvolver “fundamentos e métodos capazes de analisar e validar os dilemas e as propostas específicas no âmbito da saúde pública”⁵¹ quanto no sentido de advogar pela importância do Estado, atribuindo-lhe o papel de proteger a integridade física e patrimonial de seus cidadãos e de assegurar-lhes qualidade de vida, respeito às liberdades públicas e à autonomia individual.

Além disso, como a Bioética da Proteção propugna o reconhecimento da garantia da qualidade de vida como um componente essencial das funções do Estado é possível traçar um paralelo entre essa visão e um dos pontos-chave trabalhados nessa tese. Porém, a principal confluência entre essa proposição teórica e a perspectiva delineada nesta tese reside justamente na polissemia

que confere o duplo âmbito de atuação à idéia de proteção, propondo tanto dar amparo aos excluídos das políticas públicas por meio de medidas compensatórias de saúde quanto, ao mesmo tempo, na dimensão ampliada do conceito, atuar propositivamente a fim de elaborar um projeto coletivo de transformação sociopolítica⁵². Este nível de atuação mais ampliado, voltado à transformação social, permite que a Bioética de Proteção seja também um instrumento libertário e não apenas um mero instrumento paternalista, voltado à proteção aos excluídos das políticas públicas de saúde. É importante ressaltar que o reconhecimento da autonomia individual, implícito neste segundo sentido, reside uma argumentação *a latere*, que constitui outro ponto de contato que torna pertinente a inclusão aqui dessa perspectiva⁵².

Além desses aspectos, é incorporado e utilizado na *Discussão* o conceito de vulneração, formulado pela Bioética de Proteção. Entendido como uma situação em que, de fato, a vulnerabilidade potencial dos seres humanos (e de todos os seres vivos) acentua-se “devido a contingências como o pertencimento a uma determinada classe social, a uma determinada etnia, a um dos gêneros ou dependendo de suas condições de vida, inclusive seu estado de saúde”⁵³, esse conceito estabelece a partir da equidade critérios para definir a prioridade para a ação.

No que concerne especificamente ao delineamento dos sujeitos de pesquisa investigados nesta tese, não se pode deixar de fazer referência aqui à Bioética Crítica de Inspiração Feminista, vertente que se origina dos movimentos sociais e propõe novos parâmetros para o comportamento das mulheres e dos homens na sociedade. Essa perspectiva da Bioética enfatiza

que a inserção social das mulheres nas sociedades contemporâneas não deve “permanecer subjugada à dominação masculina que fragiliza, oprime e vulnerabiliza a condição feminina”⁵⁴. No entanto, a aproximação entre essa perspectiva teórica e o viés que orienta esta tese restringe-se à crítica às relações assimétricas entre os sexos e suas conseqüências em termos de saúde e adoecimento, já que a Bioética Crítica de Inspiração Feminista desenvolvida no contexto brasileiro não trabalha as situações cotidianas⁵⁵ e volta seu foco temático à área biomédica⁵⁶ e, especificamente, às questões relativas aos conflitos éticos que se originam do uso das novas tecnologias, em especial, aquelas voltadas à reprodução^{57; 58}.

Dada a discussão sobre cor evidenciada no recorte da pesquisa de campo, também precisa compor esse marco teórico a referência à Bioética Feminista e Anti-Racista. *A pari* a apresentação da perspectiva anterior, essa vertente volta-se à discussão das condições de vida das mulheres e das situações que afetam diretamente suas vidas em decorrência dos papéis sociais a elas atribuídos^{59; 60}. Porém, se na dimensão social as mulheres do Movimento Negro apontaram suas diferenças em relação ao feminismo brasileiro, criticando o foco de suas discussões, exclusivamente centrado nos problemas vivenciados pelas mulheres brancas das classes média e alta^{61; 62}, a Bioética Feminista e Anti-Racista refletiu tal cisão. Contextualizando a discussão feminista à realidade brasileira e ampliando-a aos mais diversos segmentos sociais, essa vertente da Bioética aponta como decorrência do racismo as flagrantes distinções entre as condições de vida das mulheres negras e brancas e associa à discriminação por cor, inclusive, a situação de

pobreza ou riqueza das mulheres e, conseqüentemente, as desigualdades no acesso aos bens e serviços entre elas ⁶³.

Além dessa reflexão sobre o próprio feminismo, que contextualiza e politiza o discurso feminista em Bioética, essa vertente desenvolve uma crítica contundente às bases conceituais e estatuto epistemológico da perspectiva hegemônica, sendo, por isso, uma abordagem teórica fundamental na construção deste recorte de pesquisa:

“Um outro dado importante é que na luta ideológica, durante a conformação do campo que denominamos bioética, venceu a perspectiva supostamente apolítica, a da institucionalização, que até hoje hegemoniza a elaboração das ‘regras’, ou melhor, dos caminhos que a bioética deve trilhar” ⁸.

1.2 Bioética de Intervenção

Como *ultima ratio* é apresentada neste marco teórico é a Bioética de Intervenção. É importante frisar, no entanto, que a opção por apresentar por último essa perspectiva não decorre de critério cronológico ou de sua menor significação na construção do delineamento dessa pesquisa. Ao contrário, a argumentação dessa perspectiva da Bioética constitui o núcleo deste marco teórico uma vez que, como já foi dito, o projeto de pesquisa que originou esta tese foi elaborado com vista a subsidiar a construção dessa linha teórica que vem sendo desenvolvida há alguns anos pela Cátedra UNESCO de Bioética da UnB.

Como as demais perspectivas hodiernas aqui apresentadas, a Bioética de Intervenção está em processo de estruturação. Não obstante, os estudos e

pesquisas encetados para definir os parâmetros éticos capazes de nortear a interpretação da realidade brasileira (e mediar seus conflitos) já se mostraram capazes de delinear seu âmbito de atuação, os sujeitos aos quais se refere, os marcos teóricos para identificação desses sujeitos, bem como os referenciais norteadores dessa proposta teórica.

1.2.1 Âmbito de atuação e sujeitos

Em relação ao primeiro ponto, o âmbito de atuação, essa vertente não restringe a possibilidade de intervenção nos conflitos da área biomédica, nas relações entre profissionais e usuários dos serviços no Sistema de Saúde ou na interface entre pesquisadores e sujeitos de pesquisa. Como decorre da classificação da temática em dois tipos de conflitos, os persistentes e emergentes, apontados anteriormente nesse texto, a Bioética de Intervenção se inscreve como uma perspectiva que pretende canalizar seus esforços de construção epistemológica e metodológica para abranger também a dimensão social:

“Buscando somar esforços aos importantes avanços até aqui produzidos na discussão ética sobre o reflexo da desigualdade social nas práticas e serviços de saúde, a Bioética de Intervenção delinea-se a partir do reconhecimento da idéia de saúde como qualidade de vida, expandindo-se em direção ao reconhecimento do contexto social como campo legítimo de estudos e intervenção bioéticos, tal como aponta a *Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos*, firmada pelos países membros da Organização das Nações Unidas no âmbito da UNESCO em 2005”⁶⁴.

No que diz respeito aos sujeitos aos quais se refere (ou deveria se referir a Bioética, segundo a interpretação dessa vertente) a Bioética de Intervenção entende a necessidade de abarcar a totalidade dos sujeitos sociais, analisando as relações de poder entre os indivíduos, grupos e segmentos e os padrões éticos que orientam tais relações. Tendo em conta a irredutibilidade do conjunto social à soma dos elementos ⁶⁵ e, portanto, considerando que é a articulação orgânica entre os diferentes grupos e segmentos o que transforma um mero aglomerado de indivíduos em uma sociedade, essa proposta teórica...

“... busca uma aliança concreta com o lado historicamente mais frágil da sociedade, incluindo a re-análise de diferentes dilemas, entre os quais: autonomia *versus* justiça/equidade; benefícios individuais *versus* benefícios coletivos; individualismo *versus* solidariedade; omissão *versus* participação; mudanças superficiais e temporárias *versus* transformações concretas e permanentes” ⁶⁶.

Devido às enormes e aviltantes desigualdades socioeconômicas que impactam a realidade do Brasil, a supressão de um considerável contingente populacional do processo produtivo e a exclusão da maioria dos brasileiros das condições que caracterizam a qualidade de vida, e, considerando ainda a importância de fomentar e fortalecer a noção coletiva de pertencimento a uma mesma sociedade, moldada sob a égide de uma cidadania em comum partilhada por todos, a Bioética de Intervenção preconiza como moralmente justificável na esfera pública a priorização de políticas públicas que privilegiem o maior número de pessoas durante o maior espaço de tempo possível e que resultem no bem comum, ou seja, nas melhores conseqüências para toda a coletividade. No campo privado e na dimensão individual essa vertente aponta

para a necessidade de fomentar o empoderamento ⁶⁷, sustentar a libertação ⁶⁸ e garantir a emancipação dos sujeitos sociais, buscando assim alcançar sua inclusão plena na dinâmica relacional da sociedade. Esses três conceitos, que têm origens em linhas de pensamento distintas, foram re-definidos pela Bioética de Intervenção ⁶⁹, articulando-se em um contínuo que pressupõe um processo que contempla o plano individual, o nível das inter-relações na coletividade e se estende à dimensão social.

O primeiro nível desse contínuo refere-se à categoria *libertação*. Libertação diz respeito à conquista de melhoria na qualidade de vida na dimensão pessoal, relacionando-se a fatores como a educação e saúde. O segundo nível refere-se ao empoderamento que diz respeito à melhoria na qualidade de vida na dimensão coletiva, relacional, referindo-se à transformação de padrões de relação assimétricos que levam à subjugação do outro, podendo incidir também na expropriação de seus direitos. Emancipação, categoria ancorada no plano jurídico, diz respeito ao uso pleno das prerrogativas da cidadania, à participação do indivíduo na esfera pública como sujeito ao qual cabem direitos e deveres. Para a Bioética de Intervenção a ação individual nesses três níveis estabelece o processo que permite alcançar a autonomia.

Assim, essas três categorias, libertação, empoderamento e emancipação são utilizadas na discussão dos dados de campo, compondo uma escala que aponta mudanças na situação de vida, no sentido da superação das condições de vulneração rumo à construção efetiva da autonomia.

1.2.2 Marco teórico: o corpo

No que tange ao marco teórico para a identificação desses sujeitos, a Bioética de Intervenção defende a idéia de que a concretude social é manifesta no corpo das pessoas, cuja totalidade somática materializa e sustém a vida social, em toda e qualquer sociedade, permitindo a existência da coletividade: “uma sociedade estará nos corpos de seus membros ou não residirá em parte alguma” ⁷⁰. Assim, para essa perspectiva teórica, na dimensão do indivíduo, o corpo é a forma essencial da materialização da pessoa, o *soma*, no qual estão articuladas as dimensões física e psíquica, que se manifestam de maneira integrada nas inter-relações sociais e nas relações com o ambiente. Portanto, a percepção do corpo e a experiência da corporeidade no mundo são condicionadas pela interconexão cultura, estrutura social e pessoa ⁷¹.

O corpo materializa a existência do ser no mundo porque constitui, ao mesmo tempo, o Eu, enquanto entidade fenomênica inscrita na realidade e; o reflexo dessa mesma realidade nesse Eu, que só se reconhece, como ente e pessoa, pela interação com ambiente e pelo olhar do outro: “Por sua natureza o corpo é a via de conexão entre a pessoa e o mundo” ⁷². Assim, a noção de corporeidade está intimamente ligada à concepção do Eu, como entidade metafísica, e à percepção do Eu, como realidade concreta na dimensão fenomenológica. Essas duas dimensões delineiam a construção da *persona*, que é a identidade intangível do corpo material.

A escolha desse constructo como marco teórico da Bioética de Intervenção responde à necessidade de estabelecer um ponto de consenso entre as

diversas perspectivas e visões em Bioética. Uma base comum, que possa transitar entre os discursos desse campo e universalizar seu arcabouço epistemológico, sem incorrer na parcialidade inerente à reprodução de moralidades, nos jogos de poder que as sustentam ou nas assimetrias deles decorrentes. Nesse sentido, o corpo, e seus referenciais somáticos o prazer e a dor, são, em si mesmos, universais óbvios: “Todo ato verdadeiro, autêntico, imediato da vontade, é também simultânea e imediatamente ato fenomênico do corpo; e, em correspondência, toda ação sobre o corpo é também simultânea e imediatamente ação sobre a vontade, que enquanto tal se chama dor, caso a contrarie, ou bem estar, prazer, caso lhe seja conforme” ⁷³. Ou seja, dor e prazer são as sensações essenciais que a experiência humana elabora em relação à vida. “É da sensação que se desprendem todas as idéias gerais, verdadeiras ou falsas, científicas ou não” ⁷⁴.

E, já que há necessidade de eleger um valor universal para pautar a ética nas relações entre indivíduos, grupos, segmentos e populações, que tal valor seja a existência mesma da pessoa, sua vida orgânica e social que é, na dimensão individual o maior valor para todas e para qualquer pessoa. Pode-se dizer, então, que no corpo, o “mínimo”, que permite o diálogo entre as distintas vertentes e visões da Bioética, se encontra com o “máximo”, que é o valor que os indivíduos e as sociedades atribuem à vida humana.

Além dessa razão fundamental, a escolha desse marco teórico aponta para outros dois questionamentos distintos, porém relacionados, de ordem teórico-metodológica, que dizem respeito, diretamente, à transformação do paradigma cartesiano:

a) o reconhecimento do ser humano a partir de sua integralidade orgânico-funcional é o primeiro passo para superação da hierarquização assimétrica entre corpo e mente, fundante do paradigma cartesiano e condicionante de todas as demais interpretações da realidade dele derivadas, bem como para a paulatina e posterior desconstrução de tal perspectiva;

b) a produção e reprodução das moralidades que pautam a vida social não decorrem unicamente da racionalidade, ainda que, usualmente, sejam ancoradas por arrazoados racionais, mas emergem do amálgama entre emoção e razão, condição que só pode ser percebida com clareza a partir da concepção do humano como integralidade somática, orgânico-funcional, ou seja, em sua realidade existencial e fenomenológica concreta.

Porém, tal existência concreta não pode ser definida apenas por critérios fisiológicos, como comumente se entende a área biomédica. Os corpos individuais não são máquinas nem peças da engrenagem do corpo social. Cada corpo humano e cada vida humana que se materializa e expressa como realidade fenomenológica é moldado culturalmente e reflete a forma como os sujeitos sociais introjetam o mundo e o adequam a suas potencialidades e capacidades. Assim, não existe corpo individual que não seja parte do corpo social e, como decorrência, a Bioética de Intervenção reconhece o corpo como substrato absoluto universal que estabelece a linha demarcatória a partir da qual se torna indispensável a intervenção para garantir o necessário a vida (orgânica e social) de indivíduos, grupos, segmentos e populações. Como consequência de tal função, postula que o reconhecimento da realidade física é determinante para qualquer elaboração sobre o real.

Se a definição do corpo como critério orientador da necessidade de intervenção relaciona-se diretamente ao fato da experiência corpórea ser modulada pela dor e pelo prazer, essas sensações atuam na percepção como marcadores somáticos auto-regulados que definem os vetores de orientação do movimento. Em geral, os seres humanos buscam aproximar-se do que produz prazer e afastar-se do que provoca dor. Segundo esse critério, para perceber e definir o que é fundamental à vida do indivíduo e da sociedade, ou seja, para estipular os elementos que identificam a qualidade de vida, deve-se recorrer a esses marcadores somáticos, o universal óbvio, considerando às funções essenciais à existência do ser enquanto entidade fenomênica e, principalmente, a projeção na dimensão coletiva desse ente concreto, sintetizado em sua condição de pessoa. Dessa forma, prazer e dor podem se tornar indicadores da intervenção à medida que refletem a satisfação (ou não) das necessidades de sujeitos concretos.

1.2.3 Parâmetros norteadores

Por fim, relacionando-se diretamente à condição de pessoa, implicada no reconhecimento da existência factual dos seres humanos a partir do marco de sua corporeidade, deve-se considerar aqui, ainda, os parâmetros norteadores para as estratégias de intervenção, que essa perspectiva teórica atribui aos tratados internacionais de Direitos Humanos. Seguindo as recomendações desses tratados, a intervenção deve ocorrer para preservar para todos os seres humanos os direitos de primeira geração, relacionados ao

reconhecimento da condição de pessoa como o requisito único, universal e exclusivo para a titularidade de direitos, considerando-se como direito inalienável a sobrevivência física e social dos seres humanos. Além desses direitos individuais propõe o reconhecimento dos direitos econômicos e sociais, de segunda geração, que se manifestam na dimensão material da existência e dizem respeito à diferença entre o simples existir e o viver, relacionando-os às condições essenciais para a manutenção da existência com qualidade de vida:

“A Bioética de Intervenção espelha-se na matriz dos direitos humanos contemporâneos, neles identificando o absoluto essencial ao qual fazem jus todas as pessoas. Argumentando pelo reconhecimento do direito coletivo à igualdade e pelo direito de indivíduos, grupos e segmentos à equidade nas garantias legais e no acesso real aos direitos humanos, a Bioética de Intervenção incorpora o discurso da cidadania expandida, para a qual o referencial de legitimação e aceitação dos direitos não se restringe apenas às garantias asseguradas pelo Estado, mas estende-se à condição inalienável de pessoa, perpassando assim o conjunto das sociedades humanas”⁷⁵.

Em relação ao segmento focado no trabalho de campo desta tese, a Bioética de Intervenção salienta a importância de garantir a positividade dos direitos de segunda geração, que buscam atender às necessidades específicas dos grupos e segmentos alijados do poder sobre si mesmos, tal como concebido em diferentes instrumentos internacionais de direitos humanos ratificados a partir da década de 1990. Essa perspectiva propõe, então, o reconhecimento das garantias universais e indivisíveis para todos os grupos humanos, particularizando os segmentos historicamente vulneráveis pela condição e situação de vida desfavorável na qual se encontram.

São nomeados a seguir os tratados internacionais que foram tomados como referenciais analíticos na elaboração desta tese: *Pacto de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais* (PIDESC), (ONU;1966); *Convenção para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher - CEDAW* (ONU; 1979); *Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento* (Cairo; 1994); *Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher* (Beijing; 1995); *Declaração e Programa de Ação da Conferência Mundial sobre Desenvolvimento Social* (Copenhague;1995); *Declaração da Conferência do Milênio* (ONU; 2000); *Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata* (Durban; 2001); e; a *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos* (UNESCO; 2005).

Estes documentos especificam recomendações concernentes aos direitos econômicos e à eliminação da pobreza, aos direitos civis, políticos e sociais, à supressão das desigualdades nos papéis de gênero e à discriminação racial, ao acesso ao direito à educação e às medidas relativas ao direito à preservação, manutenção e acesso à saúde.

Para ilustrar quais seriam, especificamente, os direitos propostos nesses instrumentos é apresentada uma breve súmula no anexo 1, cujo teor reafirma os direitos humanos fundamentais. De maneira geral, todos eles explicitam a necessidade precípua dos governos e da sociedade civil organizada intervirem concretamente para fomentar e subsidiar a libertação, empoderamento e emancipação, para o conjunto da população, particularizando e identificando o segmento vulnerável aqui recortado, as mulheres negras, permitindo, assim,

que possam ter voz ativa na garantia de sua qualidade de vida e qualidade de saúde.

Ainda em relação aos parâmetros norteadores, a Bioética de Intervenção também se orienta pelos direitos de terceira geração, especialmente àqueles relacionados ao ambiente e à preservação dos recursos naturais. A incorporação dos direitos difusos na proposta analítica dessa perspectiva teórica aponta para a necessidade de superar o paradigma antropocêntrico, configurando-se em imperativo categórico, que determina a reavaliação de prioridades na produção de bens e a redução do consumo ao necessário à vida de indivíduos, grupos, segmentos e populações em todas as sociedades humanas. A redução na produção e consumo, que atinge todas sociedades industrializadas, recai com maior intensidade sobre as mais ricas, que mais consomem e desperdiçam:

“O parâmetro que define o necessário e demarca o ponto de intervenção para eliminar o desperdício delinea-se sobre o mesmo absoluto universal relacionado às funções essenciais à existência. A linha demarcatória que define o essencial aponta tanto o que deve ser garantido para suprir as necessidades do empobrecimento quanto o que deve ser suprimido para eliminar o supérfluo da superabundância para indivíduos, grupos, segmentos e populações submetidos a tais condições. Assim, aumentando o insuficiente e diminuindo o excedente, se completa o ciclo da equidade, garantindo a sustentabilidade social e ambiental e a vida de todos. Isso é, pura e simplesmente, justiça”⁷⁶.

Os tratados internacionais de direitos humanos expressam consensualmente um anseio moral coletivo na dimensão mundial⁷⁷. Os diversos tratados de direitos humanos formulados no decorrer do Século XX constituem a primeira tentativa de englobar sob um mesmo *status* moral a

totalidade dos indivíduos da espécie, no presente e no futuro. Em virtude disso, a Bioética de Intervenção advoga que em todos os níveis deve ser exigido o respeito absoluto ao conjunto dessas garantias fundamentais e inalienáveis da pessoa humana, para todos os seres humanos.

Se os referenciais orientadores da Bioética de Intervenção estão embasados nesses tratados, as propostas de intervenção para garantir padrões éticos no início, no decorrer e no final da vida devem acontecer sempre que se identificar que as diretrizes e recomendações desses tratados não estão sendo contempladas e que, por isso, indivíduos, grupos, segmentos ou populações têm sua vulnerabilidade existencial aumentada, por circunstância específica, que implica na diminuição de sua qualidade de vida e saúde. Nesse sentido, faz-se necessário salientar que mesmo que a intervenção parta do Estado e de suas instituições deve ser moldada de forma a propiciar a emancipação dos indivíduos aos quais se destina, promovendo sua autonomia e a construção de uma sociedade cidadã.

1.3 O conceito *qualidade*

Além desses parâmetros teóricos, relativos aos estudos de Bioética desenvolvidos no Brasil, é importante ainda apresentar os conceitos que construíram a discussão em torno das idéias de qualidade de vida e de saúde. Optou-se por utilizar nesta tese a conceituação da OMS devido a seu reconhecimento e aceitação em nível mundial. Embora se reconheça a pertinência das críticas a essas definições, apontadas por estudos da Saúde

Coletiva ⁷⁸, é importante sublinhar que atende melhor aos objetivos dessa tese partir de perspectivas conceituais amplamente aceitas, em termos gerais, como é o caso das formulações da OMS, mesmo que se revelem inadequadas em condições e situações específicas. Esta escolha foi orientada pela mesma lógica que definiu os parâmetros norteadores para a Bioética de Intervenção, os quais, como visto acima, foram pautados em instrumentos amplamente consensuados, os tratados internacionais de direitos humanos.

Em relação à incapacidade de tais conceitos de refletir a realidade empiricamente observada pode-se dizer que esta tese busca reproduzir em relação à Bioética o percurso teórico para adequação do conceito de qualidade de vida, já empreendido pela Saúde Coletiva, considerando as singularidades de cada um desses campos de estudo. Assim, também aqui serão apresentadas e discutidas as implicações na dimensão social dos dados relativos à renda, educação, infância, habitação, longevidade, entre outros, neste caso abordando-se tais aspectos sob o prisma da Bioética, enfocando, ainda, aspectos subjetivos relacionados às moralidades, que condicionam a percepção de tais circunstâncias e as considerações éticas a elas pertinentes.

A definição de qualidade de vida atualmente utilizada pela OMS é fruto de estudo desenvolvido por especialistas a partir dos três aspectos fundamentais identificados a esse construto, incorporando as noções de subjetividade, multidimensionalidade e a presença de dimensões positivas e negativas. Esse trabalho conduziu à definição de qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos,

expectativas, padrões e preocupações”⁷⁹. Segundo a OMS esta definição do conceito implica no reconhecimento integral da pessoa humana em todas as dimensões de sua vida.

Não obstante os esforços dos especialistas para produzir tal definição, qualidade de vida continua sendo uma expressão em relação a qual ainda não existe consenso. O termo qualidade de vida vem sendo aplicado na literatura médica significando “condições de saúde” ou “funcionamento social”, conceitos ligados ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade de viver plenamente. Alguns pesquisadores consideram que o termo é mais geral, agregando uma variedade potencial maior de circunstâncias que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos cotidianos, incluindo - mas não se limitando - à sua condição de saúde e às intervenções médicas⁷⁹.

Criticando a tal perspectiva Minayo e colaboradores⁷⁸ apontam a relatividade da noção de qualidade de vida, identificando que tal falta de objetividade do conceito deve-se a um conjunto de três fatores: a) a dimensão histórica, que está associada a um determinado nível de desenvolvimento tecnológico, econômico e social, o qual, conseqüentemente, define um padrão de qualidade admitido e desejado naquele contexto; b) a dimensão cultural, que admite variações entre as expectativas dos sujeitos em sociedades distintas e; c) o terceiro aspecto relacionado à estrutura de classes nas sociedades complexas, que se manifesta especialmente naquelas em que se pode observar desigualdades e heterogeneidades muito acentuadas. Nesse

último aspecto foi observada a tendência de relacionar a noção de qualidade de vida aos padrões das classes hierarquicamente superiores.

Se a definição de qualidade de vida é eminentemente subjetiva, relativizada em função do período histórico e da cultura, decorrendo em primeira instância da condição relacional do sujeito, disso se depreende que pessoas diferentes vivendo a mesma condição e situação de vida possam avaliá-la de maneira bastante diversa. A essa possibilidade de relativizar a percepção e a avaliação da realidade acrescenta-se o fato dos seres humanos tenderem a considerar sua condição de vida como algo dado *a priori*, o que implica em naturalizar e essencializar aspectos da situação em que vivem, considerando-os o “normal”. O somatório desses dois atributos da percepção e classificação do real tornaria quase impossível avaliar a qualidade de vida do cotidiano de forma objetiva.

Porém, ainda que se admita que a caracterização da qualidade deve-se principalmente à apreciação pessoal a respeito de uma dada circunstância, fato, comportamento ou pessoa, deve-se considerar que existe uma relação direta e objetiva entre uma avaliação e aquilo que é avaliado. E, quando tal avaliação relaciona-se às garantias fundamentais, referindo-se à manutenção da própria vida e aos direitos econômicos e sociais, que todas as pessoas inscritas no bojo do mesmo contexto partilham (ou deveriam partilhar) deixa de importar que a avaliação se baseie na comparação com padrões das classes superiores. Ao contrário, como a estas é facultado o acesso aos bens e serviços que caracterizam a qualidade de vida, tal comparação dos fatores

externos e empiricamente observáveis exprime a lógica da moralidade social e aponta a desigualdade que se abriga no seio da sociedade.

Por isso, o recorte desta pesquisa destacou para o trabalho de campo o segmento social aos quais falta qualidade de vida, segundo os instrumentos oficiais de mensuração dos padrões sociais e econômicos ^{12;13;14;15;16}. Como visto, a análise desses indicadores nacionais mostra que as mulheres negras estão na base da pirâmide social brasileira em relação aos indicadores sociais como escolaridade, renda, falta de garantias trabalhistas, expectativa de vida ao nascer, assim como nos gerados na área da saúde como mortalidade infantil e materna. ^{80;81}. Por isso, considerou-se que é este segmento que melhor pode apontar os diversos aspectos que marcam a ausência de qualidade de vida. Assim, o critério que definiu esse recorte baseia-se na idéia de que para entender o que é qualidade de vida se deve investigar as circunstâncias nas quais ela comprovadamente não está presente. Explicita tal inferência o paralelo entre a diferença na situação dos escravos nativos do Brasil e dos africanos no período colonial: “Avistados do alpendre da casa-grande, crioulos e africanos eram iguais na mesma miséria. Vistos das senzalas, contudo, se percebe melhor o peso da cruz de cada um, freqüentemente desigual” ⁸².

Como o segmento enfocado no recorte vive sob a ameaça da falta das condições elementares para a manutenção da existência adequa-se ao propósito desta tese, que diz respeito aos parâmetros que definem as necessidades, discriminando entre o essencial e o supérfluo. Esse critério de definição do recorte buscou evitar a celeuma em torno do que é essencial e

daquilo que pode ser supérfluo. Se na realidade social dos países centrais pode ser considerado fundamental para a qualidade de vida adquirir sempre novos bens e serviços, disponibilizados pela sociedade de mercado, para os habitantes dos países periféricos ela ainda se ancora no desafio de garantir a sobrevivência física e social com dignidade.

Essa desigualdade nas condições de vida entre essas populações implica em conduzir a análise bioética sob a ótica do estranhamento moral, o qual impele os indivíduos em situação privilegiada a adotar a “ética do barco salva-vidas”⁸³, quando se trata de discutir as desigualdades de riqueza e oportunidade. A adoção dessa tática de exculpação moral abrange tanto as populações dos países ricos, em geral, quanto os segmentos e grupos privilegiados nos países periféricos, evidenciando as formas de exercício do poder e os dilemas morais impressos na realidade empiricamente observável. Dessa forma, a moralidade daqueles que detêm e desfrutam do poder (e de suas benesses auto-indulgentes) configura-se o parâmetro hegemônico e tende a perpetuar a assimetria.

Foi baseado nesse pressuposto, que o critério que orientou o recorte da pesquisa destacou o segmento social que, segundo os instrumentos oficiais de mensuração¹⁶, menos tem qualidade de vida, definida, então, segundo as garantias fundamentais, preconizadas pelos diferentes tratados de direitos humanos. Se esses tratados pretendem garantir em termos pétreos, absolutos e irrefutáveis os direitos humanos para todos os seres humanos é impossível conciliar uma noção de qualidade de vida construída sobre a idéia irrestrita da

subjetividade, que admite a posse e o desfrute do supérfluo por alguns em detrimento da escassez do elementar para outros.

Da mesma forma que os direitos humanos pretendem estender suas garantias a todos os seres humanos, a noção de qualidade de vida deve estar alicerçada em parâmetros coletivos, demarcando aquilo que é essencial a todos. Nesse sentido é necessário ainda deixar claro que se considera aqui que a pretensa subjetividade atribuída à noção de qualidade de vida e a conseqüente dificuldade de mensurá-la esconde o imperialismo moral^{84 2}.

A relativização da noção de qualidade de vida em todos os níveis busca colocar no mesmo patamar de mensuração o essencial e o supérfluo. Essa estratégia acaba por distorcer a própria idéia de qualidade, pois perpetua tanto privilégios ambiental e socialmente insustentáveis, para a maioria da população abastada dos países centrais, quanto a vida indigna e privada das condições elementares, também para a maioria da população, nos países periféricos.

Segundo se pode observar no trabalho de campo empreendido para esta tese, a falta dos componentes que caracterizam tais direitos determinam as circunstâncias de vida da pessoa. Essa falta marca sua condição e situação de vida, influenciando diretamente na avaliação que pode fazer a respeito de sua qualidade de vida. Negar o papel determinante de tais fatores na conformação da vivência do sujeito no mundo, e em sua interpretação sobre ele, constitui uma falácia, que obscurece a hierarquia causal da realidade. A tese aqui defendida aponta para o mesmo sentido dos tratados internacionais de direitos humanos, da Constituição Federal e das legislações ordinárias,

² A categoria *imperialismo moral* implica na imposição de valores e representações na dimensão simbólica, da mesma forma que o imperialismo político ou econômico impõem regras nas relações entre países.

como a Lei Orgânica da Saúde: o fato de que existem parâmetros materiais mínimos universais, que caracterizam a qualidade de vida. Tais parâmetros precisam ser atendidos não somente para garantir a sobrevivência dos indivíduos, mas também do todo social. Ainda que esses parâmetros variem culturalmente entre as distintas sociedades, podem ser enfeixados, nas dimensões individual e coletiva, pelo marco da corporeidade, expresso nos referenciais somáticos do prazer e da dor em relação à condição e situação de vida.

Se, ao focar a definição de qualidade de vida apenas nos aspectos subjetivos a OMS admite a importância e especificidade dessas diferenças culturais na percepção da qualidade de vida, nega, em contrapartida, a hierarquia causal da realidade na conformação dessa percepção, reafirmando assim, indiretamente, a total relatividade do conceito. Diante disso, não parece demais reproduzir aqui um exemplo mordaz, porém elucidativo, sobre a necessidade de hierarquizar a dimensão material na qual se produz a existência, estendendo tal afirmação, de cunho geral, aos valores e importância diferenciados que devem ser atribuídos aos fatores determinantes e condicionantes da apreciação sobre a qualidade de vida: “Seria impossível um antropólogo descobrir uma sociedade que não registrasse nenhuma distinção entre água e ácido sulfúrico, já que todos estariam enterrados há muitos tempo”⁸⁵.

É importante ressaltar, no entanto, que atribuir maior peso na percepção da realidade aos fatores socioeconômicos, inclusive ao considerá-los em algumas circunstâncias mais do que apenas condicionantes da qualidade de

vida, e, em grande medida, até mesmo determinantes na construção dos padrões que orientam a avaliação do sujeito sobre a realidade, não implica em generalizar o determinismo, atribuindo a causas biológicas aspectos sociais do comportamento humano, como faz a Biologia. Nem pressupõe também adotar a perspectiva evolucionista, a qual ordena as diferenças sociais segundo um eixo monolítico que as hierarquiza e valora segundo uma perspectiva etnocêntrica. Embora para alguns esta explicação possa parecer redundante, faz-se necessária em virtude do tabu que envolve até mesmo a palavra “determinar”, especialmente nas Ciências Sociais, a qual foi proscrita do jargão científico da área, configurando-se em “anátema”.

No caso desta tese, adotar tal pressuposto que admite a importância das condições materiais na conformação da percepção dos sujeitos sobre sua qualidade de vida decorre da necessidade de desenvolver ferramentas teóricas e metodológicas para adequar a Bioética à realidade sanitária brasileira. Assim, definir a dimensão material como a parte fundamental da hierarquia causal que ordena a percepção do sujeito da realidade, como é feito aqui, é uma decorrência do desenvolvimento do marco teórico da Bioética de Intervenção, que atribui às sensações de prazer e dor dos sujeitos concretos o papel de indicadores de sua qualidade de vida.

A partir da Bioética de Intervenção esta tese aponta em sentido contrário à perspectiva da OMS. Baseando-se no marco da corporeidade e nas sensações de prazer e dor de sujeitos concretos, essa perspectiva advoga a necessidade de que se reconheça que tais sensações são *ipsis literis* a somatização do social no corpo individual e refletem como o poder, os bens, as

oportunidades, são compartilhados (ou não) em um determinado contexto. Se numa determinada realidade investigada existem concomitantemente relatos e observação de dor e sofrimento em grupos e segmentos metodologicamente definidos e, além disso, pode-se constatar também, por relatos e observação, a ausência de qualidade de vida na dimensão socioeconômica, deve-se inferir a correlação direta entre esses dois níveis analíticos. Ainda que essa correlação (que aponta a necessidade de intervenção bioética) contrarie o relativismo, tal inferência segue os passos da Saúde Coletiva ⁷⁸ no estudo que afirma:

“O patamar material mínimo e universal para se falar em qualidade de vida diz respeito à satisfação das necessidades mais elementares da vida humana: alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, educação, saúde, lazer; elementos materiais que tem como referência noções relativas de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva. No mundo ocidental atual, por exemplo, é possível dizer também que desemprego, exclusão social e violência são, de forma objetiva, reconhecidos como a negação da qualidade de vida. Trata-se, portanto, de componentes passíveis de mensuração e comparação, mesmo levando-se em conta a necessidade permanente de relativizá-los culturalmente, no tempo e no espaço” ⁸⁶.

O conceito de qualidade de vida decorre e guarda estreita relação com o conceito de saúde. Em relação à conceituação de saúde a OMS a define “como um estado de completo bem-estar físico, mental e social que não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” ¹⁰. Por essa perspectiva, saúde é – reconhecidamente – uma prerrogativa fundamental, inerente à condição humana, que se inscreve na dimensão social sob o parâmetro orientador dos Direitos Humanos. A análise de cada uma das palavras que compõem esse conceito explicita isso, permitindo entrever ainda a relação entre as noções de saúde e qualidade de vida.

Em primeiro lugar, a saúde é definida como um “estado”, uma condição da existência, um conjunto de qualidades ou características essenciais à vida. Em seguida, o grau de manifestação das qualidades ou características desse estado é especificado segundo a intensidade de sua ocorrência pela expressão “completo”. Isso significa que a saúde implica na plenitude da existência, em uma condição definida a seguir como “bem-estar”. Não sem implicar em tautologia, bem-estar, por sua vez, pode ser entendido como o estado de satisfação plena do corpo e do espírito. Assim, a satisfação plena das condições da existência - saúde - deve abranger as diversas dimensões do ser humano, descritas pelos aspectos “físico, mental e social”. Cada um destes aspectos integra a pessoa humana, definida a partir de seu corpo, intelecto, emoções e por seu comportamento na esfera social. Saúde, portanto, implica na plena satisfação da pessoa, no provimento em grau máximo de todas as necessidades inerentes à sua existência.

Assim escandida essa definição de saúde da OMS revela um estreito paralelo tanto com os critérios de construção do marco conceitual da Bioética de Intervenção quanto em relação aos parâmetros orientadores dessa proposta. Reforça este paralelismo, a inserção explícita do conceito de saúde na esfera dos direitos fundamentais, pelo o reconhecimento da prerrogativa de todos os seres humanos a usufruir essa condição: “gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, religião, credo político, condição econômica ou social”¹⁰.

Para responder a esse conceito de saúde a preocupação com a avaliação da qualidade tem sido crescente nos últimos anos. Diversos instrumentos e técnicas vem sendo desenvolvidos em todo mundo para apreender a noção de qualidade, pois “é difícil idealizar bons indicadores para a qualidade. Os indicadores devem proporcionar informação fidedigna, objetiva e pertinente sobre assuntos de importância. Para medir a qualidade se requer uma nova forma de pensar baseada nas perspectivas do cliente”⁸⁷.

Buscando contribuir com tal debate, o projeto de pesquisa que deu origem a essa tese procurou investigar o conceito de qualidade de vida a partir de sua dissociação em três níveis, que representam aspectos distintos, porém intrinsecamente relacionados, da noção de saúde, buscando confrontar essas visões distintas e encontrar os pontos em comum entre elas. Grosso modo, pode-se estabelecer uma correspondência entre as categorias selecionadas para investigar o recorte, *qualidade de vida, qualidade de saúde e qualidade de atenção à saúde*, e as noções de promoção, proteção e recuperação da saúde, respectivamente, explicitadas no Art. 196 da Constituição brasileira, as quais, por sua vez, buscam responder a cada um dos níveis de atenção propostos para o SUS. Assim, para cumprir os propósitos do Sistema e garantir a saúde a indivíduos, grupos, segmentos e populações seria necessário atuar nesses três níveis para atingir a qualidade: dos fatores infra-estruturais que determinam as condições da existência para promover; dos fatores que condicionam o cotidiano para proteger e; dos serviços disponibilizados pelo Estado para recuperar.

Consoante ao exposto, a definição de qualidade de vida aqui proposta relaciona-se principalmente às condições materiais que determinam a existência de indivíduos, grupos, segmentos ou populações. Como na maioria dos casos a noção de qualidade de vida carece de medidas endógenas de comparação, o instrumento desenhado para avaliar a qualidade de vida do segmento pesquisado, concentrou seu foco sobre perguntas relativas à realidade objetiva das entrevistadas, especialmente as relacionadas a sua situação socioeconômica.

Dessa forma, ainda que a noção de qualidade de vida possa ser em parte subjetiva, baseada na comparação que a pessoa pode fazer entre as condições materiais de sua vida atual e a que já vivenciou em outros momentos e ainda entre sua vida e a de outras pessoas, a aplicação do roteiro pode produzir uma apreciação que envolva tanto critérios objetivos, derivados da observação da realidade existencial e das noções de direito e cidadania, quanto a esses aspectos subjetivos relacionados à moralidade, aos sentimentos e às emoções.

O nível seguinte desta investigação se estabelece a partir da definição de qualidade de saúde, que constitui o segundo aspecto que se buscou mensurar no trabalho de campo. A investigação nesse nível também implica em levantar questões objetivas, relacionadas à dinâmica do cotidiano, ao trabalho e dispêndio de energia. A dissociação entre qualidade de saúde e qualidade de vida permite aprofunda a investigação sobre esse aspecto muito mais facilmente observável e definível por se endógeno. Tal atributo permite a apreciação comparativa entre o estado de bem-estar físico, mental e espiritual,

e a ausência desse estado na corporeidade do próprio sujeito. Essa comparação endógena realiza-se sobre bases sensoriais e é estabelecida a partir das sensações corpóreas da pessoa e da interpretação formulada para explicar esses estados. Assim, é possível correlacionar fatores objetivos e subjetivos, e, ainda, estabelecer uma correspondência entre estes e as estratégias de promoção e proteção à saúde.

Em relação ao terceiro nível de dissociação da noção de qualidade de vida aqui proposto, a qualidade da atenção à saúde, a avaliação é inteiramente objetiva e bem mais fácil, levando em conta a prestação dos serviços. Nesse nível a apreciação tenderá a ser ainda mais objetiva por envolver apenas aspectos externos ao sujeito, relacionados ao atendimento que recebe, cuja qualidade será aquilatada pela contraposição com suas expectativas.

A comparação entre esses níveis analíticos permite associar a condição objetiva do sujeito de pesquisa, observada e relatada, às sensações e emoções que experimenta em seu cotidiano, possibilitando estabelecer uma analogia entre eles. Em virtude disso, a subjetividade pode ser interpretada a partir de uma hierarquia causal, que atribui aos fatores socioeconômicos posição determinante na conformação dessa mesma subjetividade. E se, como feito nesta pesquisa, essas avaliações individuais projetam-se na dimensão temporal, por meio de um recorte que abranja um hiato significativo de tempo, marcado pela diferença entre as idades das entrevistadas, poder-se-á projetar no coletivo essas perspectivas individuais, tomando-as como parte de um mesmo conjunto. Agregar a dimensão temporal ao estudo possibilita inferir a

relação de causa e consequência entre qualidade de vida, qualidade de saúde e qualidade de atenção à saúde através do tempo.

Dessa forma, é possível entender como as sensações concretas dos sujeitos sociais tornam-se marcos teóricos, definidos epistemológica e metodologicamente a partir da Bioética, capazes de identificar a necessidade de intervenção voltada a preservar a saúde, qualidade de vida, dignidade e os direitos fundamentais dos seres humanos.

1.4 Categorias subjacentes

Para finalizar esse marco teórico é necessário explicitar o sentido estrito de algumas categorias utilizadas ao longo deste trabalho, que já vem sendo utilizados em trabalhos anteriores ^{88;89}, sem, no entanto, terem sido devidamente definidas. São elas: grupo; segmento, que dizem à classificação do conjunto de indivíduos que compõem o recorte; condição e situação de vida, que se relacionam às circunstâncias na qual se dá o cotidiano das entrevistadas; e raça, etnia e cor.

Em relação à classificação de diferentes conjuntos de indivíduos é preciso esclarecer sobre as categorias *indivíduo*, *grupo*, *segmento* e *população* que aparecem em momentos distintos nesta tese. Esse conjunto procura transmitir a idéia de um processo englobante, que caminha da unidade para a parte e desta para todo, respondendo às especificidades do particular para responder ao geral.

Se, a primeira e a última dessas categorias estão suficientemente definidas por todas as áreas afins à análise bioética, cumpre especificar as particularidades das categorias grupo e segmento. No que tange à primeira, considerou-se que a classificação grupo subtende uma ou mais características identitárias comuns entre os indivíduos classificados como pertencendo a um grupo, reconhecidas pelos integrantes desse mesmo grupo ⁹⁰. Tais características podem englobar, por exemplo, a territorialidade, quando as pessoas reconhecem uma identidade partilhada entre todos que vivem em determinada área, ou um traço étnico ou cultural específico, que identifique e estabeleça a noção de pertencimento comum. Como poder-se-á conferir na *Discussão*, embora se possam perceber inúmeros pontos em comum entre a vida das entrevistadas, não existe qualquer elemento agregador entre elas, que confira a noção de identidade e pertencimento a todas. Por outro lado, a similitude nas características de sua existência, homogeneidade nos aspectos relativos a suas necessidades, ao seu perfil etário, econômico e sociocultural permite classificá-las como um segmento do conjunto maior: a população. Tal classificação remete à demografia e distancia-se do sentido clássico de segmento, proposto por Durkheim, já em *A divisão do trabalho social*. ⁶⁵.

Em relação à condição e situação de vida cumpre especificar as diferenças consideradas no âmbito das definições propostas nesta tese. Por *condição de vida* devem-se considerar as características estruturais mais estáveis que condicionam a vida das entrevistadas. Nesse sentido, essa categoria classifica o coletivo, pois diz respeito ao *locus* e à forma como o segmento está inserido no todo da sociedade, considerando-se ainda os

*dispositivos de poder*⁹¹ que lhe são facultados dispor e utilizar para relacionar-se com os demais segmentos da mesma sociedade. Já *situação de vida* diz respeito à conjuntura social, a características mais mutáveis, relacionadas à conjunção de fatores econômicos, políticos e sociais que condicionam aspectos específicos da vida social de indivíduos, grupos segmentos ou populações. Essa definição pode englobar ainda circunstâncias específicas, de cunho individual ou coletivo, que podem alterar o espectro das opções de escolha, delineado pela condição de vida.

Faz-se necessário, ainda, explicar o porque da adoção da classificação cor ao invés de raça ou etnia proposta inicialmente no projeto, escolha que guarda estreita relação com as categorias já definidas acima. Em relação à classificação raça, já está mais do que comprovado que essa não é nem uma categoria biológica^{92,93} nem um conceito que pertença à esfera cultural. Como esse conceito tem profundas implicações ideológicas, políticas, econômicas e sociais tendo sido utilizado para justificar o preconceito, a discriminação e a dominação, muitos antropólogos consideram que sua utilização deveria ser abolida. Etnia, por sua vez, vem classificada na Antropologia como um conceito multiaspectual, pois pode se referir a aspectos que se relacionam diretamente ao local de origem, englobando ainda “características somáticas (aparência física), lingüísticas e culturais”⁹⁴. Esses diferentes aspectos, a partir dos quais se pode definir etnia, prestam-se melhor a caracterizar grupos (com maior ou menor grau de identidade partilhada), circunstância que não corresponde à vida atual das entrevistadas, que, podem ser melhor caracterizadas como um

segmento do todo social. Optei assim por usar “quesito cor”, conforme classifica o IBGE.

É importante esclarecer o porque do termo racismo surgir diversas vezes ao longo do texto, especialmente quando se leva em conta as considerações acima, ou seja, que a cor das entrevistadas não foi definida como raça. Orientou essa escolha a idéia de que as pessoas negras sofrem a discriminação em relação a sua cor de duas maneiras que se reforçam mutuamente: como decorrência do preconceito com em relação à alteridade, que sintetiza o perigo da diferença e, também, como consequência do mito da democracia racial, que busca tornar opaca a desigualdade nas condições e situação de vida entre negros e brancos. Por influência desses dois fatores, as pessoas negras sofrem as consequências do racismo quando vêem negadas suas oportunidades de acesso aos bens e serviços que caracterizam a qualidade de vida e, por outro lado, vivem em um contexto que no nível retórico nega essa segregação e naturaliza a assimetria social por ela imposta. Essa dupla forma de discriminação transfere para o indivíduo a responsabilidade pela desigualdade, fazendo com que introjete a discriminação, que é interpretada como inferioridade.

Como consequência, a pessoa negra discriminada é levada a considerar que a realidade nefasta na qual vive decorre de sua própria incapacidade e não, que provêm dos padrões iníquos da sociedade, a qual cria obstáculos quase intransponíveis a seu acesso às condições elementares da cidadania. É justamente a existência de tal dispositivo na conformação da discriminação por

cor, que amplia e aprofunda suas características, o que levou a considerar nesta tese essa forma de segregação e exclusão como racismo.

A utilização dessa classificação também se reporta ao Movimento Negro que define que ser negro não é uma característica somática, mas “é, essencialmente, um posicionamento político, onde se assume a identidade racial negra”⁹⁴. Assim, também por reconhecer a validade do objetivo político do Movimento Negro ao apontar, identificar e nomear a discriminação por cor pelo termo racismo foi decidido neste texto também adotá-lo.

2 Histórico

Este capítulo traz a história da construção das desigualdades sociais que marcam a vida das mulheres do segmento estudado. São brevemente apresentadas a desigualdade de gênero, que se estabelece entre mulheres e homens e; a desigualdade racial, nesse caso, especificamente, entre negros e brancos ⁹⁵. Essas duas formas de discriminação condicionam a reprodução da desigualdade de classes no Brasil. Esses dois aspectos, sexo e cor, inscrevem-se diretamente na corporeidade das pessoas, configurando-se marcas identitárias que desenham os papéis sociais que representam no mundo.

Na sociedade brasileira a desigualdade de classe decorre, em grande parte, desses dois primeiros aspectos, condicionando a inserção da pessoa na vida social. Refletindo a assimetria e a hierarquia da interpretação social sobre o significado de tais atributos, esses três aspectos, sexo, cor e classe social conjugam-se na definição do lugar da pessoa no mundo, da sua possibilidade de fala e de seu poder para alterar suas circunstâncias de vida.

Nesse sentido, esse histórico delinea-se a partir do papel social atribuído ao sexo feminino na esfera laboral, às atividades de manutenção da moradia e cuidado com seus habitantes, ancestralmente desempenhadas por mulheres, tanto no âmbito familiar quanto em caráter profissional, ou seja, ao trabalho reprodutivo e seu sucedâneo, o trabalho doméstico. Para contextualizar e visibilizar as circunstâncias nas quais tais atividades são desempenhadas, é incorporada também uma breve descrição das tarefas e dos espaços onde são realizadas.

O objetivo desse *Histórico* é mostrar que as idéias que moldam o papel atribuído às entrevistadas, mulheres, negras e da classe popular 96 decorre de processos cujas raízes estão firmemente cravadas no solo do imaginário coletivo. Esse substrato, formado por inúmeras camadas de idéias que delineiam os papéis e as relações sociais ao longo do tempo, condiciona a reprodução social e de sua dinâmica. Assim, a vida e o comportamento das entrevistadas não podem ser tomados como ocorrências fortuitas, como consequência do acaso. Ao contrário, sua condição e situação de vida são os frutos mais visíveis do processo de reprodução das desigualdades, da interpretação das diferenças de forma excludente e da utilização da força para subjugar. Revolver o solo onde tais desigualdades estão plantadas contribui para que se reflita sobre as moralidades e a ética que as alimentam.

2.1 História do desenho social

2.1.1 Subjugação das mulheres

As atividades ligadas à manutenção do corpo e à continuidade da vida, como o sexo, a reprodução e o trabalho reprodutivo, são fontes primárias de geração de símbolos e interpretações ⁹⁷. Essenciais ao indivíduo e ao grupo, a regulação do comportamento em cada uma destas atividades é a base da construção do sistema simbólico que valora as ações sociais. A forma como são realizadas é socialmente regulada e o comportamento do indivíduo decorre

de um acordo tácito e coletivo que estabelece as regras para as inter-relações e confere poder.

A assimetria nas relações está associada à percepção e à hierarquização das diferenças ⁹⁸. O principal padrão de construção da assimetria, tanto por sua antiguidade quanto pela universalidade, é o que se estabelece entre os sexos ⁹⁹. A interpretação do dimorfismo como uma desigualdade de poder entre machos e fêmeas, crença particularmente forte na cultura ocidental, originou diferenças no *status* e comportamento de homens e mulheres ¹⁰⁰.

A dominação das mulheres, o controle de seus corpos e comportamento, refletiu-se nos cânones religiosos e princípios morais que visavam garantir a consangüinidade da prole e a legitimidade do direito de herança à propriedade ¹⁰⁰. Esses parâmetros, que se inscrevem nas origens das sociedades humanas, foram posteriormente reforçados pelo paradigma científico que, alçado ao patamar de verdade suprema, passou a normatizar o comportamento:

“Em todos os lugares vemos a mulher ser excluída de certas atividades econômicas e políticas decisivas; seus papéis como esposas e mães são associados a poderes e prerrogativas inferiores aos homens. Pode-se dizer, então, que em todas as sociedades contemporâneas, de alguma forma, há o domínio masculino, e embora em graus de expressão a subordinação feminina varie muito, a desigualdade dos sexos, hoje em dia, é fato universal na vida social” ¹⁰¹.

Tanto nos modelos que provêm das religiões e das moralidades seculares, quanto no que deriva da metafísica científica, a representação do sexo e da procriação decorre de uma interpretação deformada dos impulsos

humanos, que coloca a reprodução como motor da sexualidade e não como sua consequência provável, que é o que de fato ocorre ¹⁰². Essa distorção, que se observa na relação entre sexualidade e reprodução, transmite-se à associação entre reprodução e trabalho reprodutivo. Identificados e tomados conjuntamente como uma atribuição específica das mulheres, advinda diretamente da capacidade de procriar, a reprodução biológica e o trabalho reprodutivo são atados nos laços sociais e amalgamados nas relações de parentesco como uma única e indissolúvel função. Essa associação acaba por condenar as mulheres a trabalhar contínua e ininterruptamente por toda a vida, muito além do necessário para garantir a reprodução biológica e social da espécie.

Segundo a interpretação que decorre do paradigma científico, a assunção de padrões diferenciados de comportamento de mulheres e homens parece ter sido desenhada ainda na pré-história. A hipótese levantada por Lovejoy para explicar isso propõe que machos e fêmeas humanos teriam desenvolvido estratégias de cuidado em relação à prole e, em decorrência deles, estabelecido laços estáveis, enquanto tais cuidados se fizessem necessários. Tais estratégias, seriam baseadas em uma divisão de atribuições entre machos e fêmeas que incluíam a permanência destas em um local para o cuidado dos filhos. Segundo o autor esse comportamento ancestral da espécie faz parte da rede de *feedbacks* sociais e biológicos (como a supressão do cio, por exemplo) que possibilitaram o surgimento do bipedalismo, que nos caracteriza como humanos ¹⁰³.

Milhares de anos depois, a descoberta da agricultura e as demais transformações técnicas do período neolítico ensejaram um primeiro patamar de assimetria nas relações entre os sexos, que ocorreu com paulatina escravização das mulheres e crianças. Sobre os padrões de comportamento já construídos nas eras anteriores, teriam se desenvolvido, então, novos hábitos, como a fixação à terra e a um local de moradia. A partir de então, as mulheres foram impelidas durante milênios a assumir todo trabalho rotineiro diretamente relacionado à manutenção do grupo familiar:

“A estrutura social é, ela própria, uma extensão da estrutura familiar: no topo encontravam-se os chefes da tribo patriarcal, seguidos dos membros da tribo e, finalmente, dos escravos. **A escravatura latente na família** só se desenvolve pouco a pouco com o crescimento da população, das necessidades, e das relações exteriores; e, quanto a estas, quer fossem através da guerra ou do comércio”¹⁰⁰. *Sem grifo no original.*

Em função da força física, o domínio do espaço público consolidou-se como uma prerrogativa masculina, já que esse atributo configurava-se essencial para controlar as forças da natureza ou vencer as guerras. Às mulheres passa a caber a gestão do espaço doméstico, ao qual viam-se confinadas tanto como estratégia de controle sobre seu comportamento e sexualidade quanto como forma de apropriação de sua força de trabalho. O feminino passa a ser caracterizado como inferior ao masculino, associado à maldade, falsidade, demência, fraqueza, inconstância, depravação, luxúria, dentre muitos outros atributos relacionados à perversidade¹⁰⁴, delineados para justificar e legitimar a dominação:

“Tudo isso em conjunto vai pouco a pouco moldando a personalidade feminina. A partir da dominação econômica exercida sobre ela pelo marido e pela família a mulher introjeta sua inferioridade. E essa introjeção se traduz em dependência psicológica em relação ao homem, em tendências masoquistas (em sentir prazer em humilhações e sofrimento), em um narcisismo ferido, frigidez e carência sexual que ela supercompensa afetivamente na relação com os filhos e, sobretudo, com os filhos homens”¹⁰⁵.

Como qualquer processo de controle social³, a subjugação das mulheres não se dá exclusivamente de forma exógena, mas articula-se por meio do poder disciplinar^{106;107}, da introjeção de idéias e comportamentos, que cristalizam e perpetuam esses padrões, inscrevendo-os como *práxis* ordenadora da vida coletiva:

“A sociedade feminina não é apenas a metade necessária e subordinada: é, também, a metade perigosa. O tema da ambivalência, constantemente incorporado às representações sobre a mulher, exprime esses dois aspectos indissociáveis; e não somente porque toda a subordinação traz em si o risco da insubordinação. A mulher se resume a ser o ‘outro’ próximo, assim como o estrangeiro o outro distante. E ambos, em razão de sua diferença, perigosos”¹⁰⁸.

2.1.2 Subjugação da população negra

Se durante toda Antigüidade e Idade Média a situação da mulher não se alterou, nesses períodos outros segmentos e populações passaram a ser alvo da escravidão, que se tornou uma política vigente dos governos. Já tendo sido identificada como uma forma de amealhar riqueza, a escravidão passou a ser considerada uma parte importante do butim nas guerras, indispensável para o

³ Controle social deve ser entendido aqui no sentido clássico, proposto pelas Ciências Sociais: como o “conjunto dos meios e processos pelos quais um grupo ou uma unidade social leva seus membros a adotarem comportamentos, normas, regras de conduta, até mesmo costumes, conforme o que o grupo considera socialmente bom” (BIROU, A. *Op. cit.* p.89).

enriquecimento dos reinos e impérios. Porém, somente no Renascimento, com a descoberta do novo mundo e a escravização dos povos africanos e nativos americanos foi inaugurado um processo sistemático de apropriação do trabalho (e da vida) de grupos étnico-raciais específicos.

A “conversão dos infiéis” no período das Cruzadas já delineava na Europa uma interpretação dos povos africanos como o Outro perigoso. Esse etnocentrismo, que sustentava a política expansionista da cristandade, justificava-se não apenas como decorrência da diferença religiosa, mas robustecia-se na reafirmação de uma hierarquia entre as características físicas dos povos. Sob o império dessa interpretação etnocêntrica, as características físicas passaram a ser associadas à moralidade, estabelecendo assim um contínuo que justificava a dominação de outros povos e culturas. Associadas principalmente ao clima, tais diferenças físicas e culturais eram percebidas e valoradas segundo uma perspectiva que colocava o tipo físico e a cultura européias no topo da escala classificatória, moldada, nesse período, por critérios distintos dos que passaram a vigorar depois com o advento da metafísica científica moderna¹⁰⁹.

Os principais atributos dessa escala que valorava os aspectos fisionômicos e culturais relacionavam-se à cor da pele, dos olhos e dos cabelos, bem como à textura desses últimos. Eram considerados também as dimensões e proporções do corpo, aspectos que, posteriormente, passaram a ser definidos também pela conformação do crânio, estrutura óssea do rosto e dos membros, assim como formato e posição dos órgãos, especialmente os da face. Estabelecendo uma correspondência entre as diferenças anatômicas e

socioculturais, os parâmetros dessa escala classificatória consideravam critérios como costumes, incluindo nestes a religião, e a capacidade tecnológica, mensurada segundo a possibilidade de apropriar-se dos recursos naturais e de transformar o ambiente.

Sustentando essa escala classificatória, encontram-se os valores atribuídos à cor branca, considerada como a oposição natural da cor preta. Ao branco foi atribuída a característica da luminescência, associando-o à divindade, pureza, harmonia, beleza, perfeição, inocência e felicidade. Em contraposição direta a essa classificação, a cor preta é associada às trevas, aos espíritos malignos e demoníacos, ao caos, feiúra, vício, pecado, sedição moral, imperfeição e corrupção e tristeza ¹⁰⁹. Esses valores associados às cores transmitem-se às pessoas brancas e negras, sendo tomados como parâmetros para definir o caráter essencial dos indivíduos de ambos grupos populacionais e justificar a dominação e expropriação. Como ocorreu em relação às mulheres, tais valores passaram a nortear a dinâmica social, sendo incorporados e reproduzidos, em maior ou menor escala, pelos dois grupos.

Com base nesses valores a escravização sistemática das populações negras africanas foi legitimada aos olhos de seus exploradores europeus, que os consideravam imanentes à lei natural, da qual se teriam originado as hierarquias na esfera sensível e supra-sensível. Olvidada a condição de pessoa, transformados em bens e vistos como coisa, os escravos passaram a ser submetidos às mesmas regras gerais que definem os direitos à propriedade, estando totalmente sujeitos ao domínio de seu senhor: “O negro

escravizado não tinha direitos, mesmo porque era considerado juridicamente como coisa”¹¹⁰.

Se a escravidão era praticada usualmente desde a Antigüidade em situação de guerra, passou a ser um empreendimento mercantil que se justificava a si mesmo nessa fase de acumulação, que propiciou o surgimento do capitalismo monopolista. A mão-de-obra escrava de origem africana foi decisiva à implementação do projeto expansionista da metrópole e na construção do país:

“Durante trezentos anos, desde o final do século XVI até o final do século XIX, a agricultura e exportação e a escravidão africana compunham as bases da sociedade e da economia brasileiras. Introduzidas e sustentadas pelo colonialismo português, estas duas instituições relacionadas estabeleceram raízes profundas no solo brasileiro e desenharam o papel determinante na definição da nação em que o Brasil iria finalmente se transformar”¹¹¹.

A incontestável importância da mão-de-obra escrava na construção do país não se relaciona exclusivamente ao trabalho braçal. Estudos de matrícula de escravos, que era o registro legal dos mesmos após a promulgação da Lei do Ventre Livre, mostram que nesse tipo de trabalho mais pesado era mais comum encontrar homens do que mulheres, africanos do que os já nascidos brasileiros¹¹². Por esses mesmos documentos pode-se constatar que as mulheres escravas nascidas no país eram freqüentemente deslocadas para as inúmeras tarefas domésticas do período colonial como, por exemplo, fiar, tecer, costurar, cerzir, debulhar grãos, carregar água, cozinhar, lavar utensílios, limpar casa, polir o chão e metais, lavar, engomar e passar roupa. Além destes encargos, cabia-lhes ainda zelar pelos pertences de seus senhores, levar

mensagens, fazer companhia, vestir, despir, pentear, banhar suas amas, e, às vezes, até mesmo seus amos, e cuidar e amamentar as crianças ¹¹³. A escravidão formal implicava também na impossibilidade real de resistir aos avanços sexuais de seus senhores que, donos de seus corpos e suas vidas, podiam utilizá-los a seu bel-prazer ¹¹⁴.

E não era apenas na esfera domiciliar que as lides domésticas das mulheres escravas eram exercitadas. As “negras de tabuleiro”, responsáveis pelo preparo e venda de inúmeros quitutes que durante todo período colonial eram oferecidos aos transeuntes nas ruas das cidades, constituíam parcela significativa dentre os que exerciam o comércio ambulante ¹¹⁵. É necessário salientar que, em se tratando de mulheres escravas, essas atividades não eram exercidas em moto próprio, mas com a finalidade de gerar rendimento e garantir a subsistência de seus donos. Porém, seja em que âmbito for que se constate a presença do trabalho escravo, é inegável que a escravidão marcou o imaginário da sociedade brasileira no que diz respeito ao trabalho doméstico, tanto em relação ao grau de exigência para a consecução das tarefas ou no recorte étnico-racial e de classe daquelas destinadas a cumpri-las.

A promulgação da Lei Áurea em quase nada melhorou a condição e situação de vida da população negra. As oportunidades de emprego para os homens negros eram escassas, devido à maciça vinda para o país de imigrantes europeus, que competiam pelos mesmos postos de trabalho naquele período, situação que contribuía para que permanecessem marginalizados. Tal circunstância parecia confirmar o julgamento moral

atribuído aos negros, classificados como indolentes e maus trabalhadores, destinados ao fracasso social ¹¹⁶.

A Proclamação da República, apenas um ano e meio depois da Abolição, acentuou esse processo, pois o modelo que se pretendia imprimir na identidade nacional baseava-se no padrão étnico caucasiano e nas teorias positivistas, que delineavam o imaginário europeu naquele período. Segundo esse imaginário, a brancura da população constituía-se o principal atributo do progresso, capaz de definir a posição do país no *podium* das nações. Nesse contexto de estigmatização e exclusão da população negra, as “novas” teorias raciais formuladas na Europa, que condenavam a miscigenação como fator de atraso e atribuíam ao branqueamento a condição para o desenvolvimento, foram “adaptadas” à realidade étnico/racial brasileira: “Apresentado no final do Século XIX como solução harmoniosa para o problema racial, o ideal de branqueamento tinha como meta a desapareição gradual dos negros por meio de sua absorção pela população branca” ¹¹⁷.

Essas teorias tornaram-se o cerne da moral vigente, estabelecendo uma dicotomia entre pretos e brancos que fomentava o desejo do branqueamento na população negra ¹⁰⁹. Marcados por esses estereótipos racistas, os pretos passaram a negar sua auto-imagem, que se lhes configurava, como a antítese do ideal. A vergonha em relação ao próprio corpo e aparência decorre do corpo ser “um signo de marcação de um sistema de assimetrias sociais e de desigualdade de distribuição de poder: o mais íntimo e o mais importante dos signos, porque nunca pode ser desvinculado da pessoa que pertence” ¹¹⁸.

Como envoltório do corpo, a pele configura-se o signo mais evidente do estigma racial, do qual, obviamente, não se podiam afastar:

“O racismo se forma nesse ponto (racismo em sua forma moderna, estatal, biologizante): toda uma política do povoamento, da família, do casamento, da educação, da hierarquização social, da propriedade, e de uma longa série de intervenções permanentes ao nível do corpo, das condutas, da saúde, da vida quotidiana, receberam então cor e justificação em função da preocupação mítica de proteger a pureza do sangue”¹¹⁹.

Contribuiu sobremaneira para a invisibilidade do racismo, o mito da democracia racial, o qual foi decisivo no processo coletivo de introjeção do ideal de branqueamento. Esse mito, capitaneado por Freyre, ancorava-se na idéia de que a miscigenação absorvia o que há de melhor nos três povos que formaram a população brasileira, gerando uma sociedade não racista, cujo caráter era notadamente afetuoso, pacífico, alegre e sensual^{120;121}. Esses estereótipos atuaram como uma cortina de fumaça, envolvendo toda a sociedade. Sua pertinência parecia confirmada pelo fato de no Brasil a segregação e exclusão da população negra não serem políticas de governo, como ocorria na sociedade estadunidense e entre os bôeres, sociedades onde o *status* social de cada um desses grupos era definido, explicitamente, pelas políticas de Estado.

Com o tempo, a essa visão hegemônica contrapuseram-se outras perspectivas, que considerando as condições de vida desfavoráveis da população negra, buscavam alinhar explicações para o fenômeno, que não se contrapusessem frontalmente ao mito da democracia racial. Tomando a perspectiva histórico-sociológica sob a ótica marxista¹²², essas perspectivas

inferiam que a transição da sociedade escravocrata para a capitalista tenderia, inevitavelmente, a diluir qualquer tensão entre diferentes grupos proletários, inclusive, os conflitos de origem racial ¹²³. Deve-se salientar o trabalho de Fernandes ¹²⁴ para quem os antigos libertos careciam das condições elementares para se adaptarem à nova ordem econômica, sendo esta, portanto, a razão de seu pouco sucesso na competição pelos postos de trabalho. Outros pensadores como Bastide e Nogueira também percebiam e analisavam as tensões raciais, estabelecendo diferentes visões acerca do racismo ¹²⁵.

Apesar de tais tentativas, a ideologia da democracia racial permaneceu como a âncora do imaginário social, fazendo com que a discriminação se conservasse de forma velada. Essa situação perdurou até 1951, quando a Lei Afonso Arinos definiu penas para os atos da discriminação por cor nos lugares públicos. Também foi considerado crime impedir o acesso ou recusar atendimento nos estabelecimentos públicos. De certa forma, a promulgação dessa lei pode ser considerada como o reconhecimento oficial do racismo na dimensão jurídica, pois se foi instaurada a penalidade é porque havia, anteriormente, o delito. Trinta e sete anos mais tarde, a Constituição estabeleceu em seu artigo 5º que o racismo constitui crime inafiançável, sujeito à pena de reclusão. Regulamentando o dispositivo constitucional, a Lei nº 7.716/89 (modificada pela Lei nº 9.459/97) definiu os crimes resultantes do preconceito de raça ou cor, estabelecendo penas de reclusão de até cinco anos.

Lentamente a questão racial passou a ser discutida e começou a ser visibilizada em diversos setores da sociedade. Concorreu para isso o Movimento Negro que, inspirado nas discussões e conquista dos movimentos sociais estadunidenses, passou a sistematizar as denúncias e protestos contra o racismo, em atos de resistência contra a ideologia da democracia racial. Recentemente foi instituído o Dia Nacional da Consciência Negra, 20 de Novembro, considerado pelo Movimento uma conquista em suas bandeiras de luta “que simboliza a resistência e determinação contra a opressão e pelo reconhecimento da dignidade” ¹²⁶.

Outros autores ¹²⁷ estudaram a desigualdade social brasileira a partir de dados da PNAD de 1976, analisando a mobilidade social e determinação dos salários, e concluíram que nascer não-branco no Brasil, comumente, significa nascer em família de condição socioeconômica inferior e ter menores possibilidades de ascender socialmente do que a população branca. Disso se depreende que as desigualdades raciais que se iniciaram sob a escravatura, perpetuaram-se inter-geracionalmente “por meio de práticas discriminatórias e estereótipos culturais feitos pelos brancos sobre o papel ‘adequado’ para negros e mulatos” ¹²⁷.

Apesar de dados como estes e da desigualdade socioeconômica no Brasil ser amplamente discutida há muitos anos, o racismo continua não sendo admitido como uma de suas possíveis causas. São apontadas como razões da desigualdade as disparidades econômicas das regiões do país; as diferenças infra-estruturais entre as áreas urbanas e rurais; as relativas aos rendimentos dos diversos segmentos profissionais e ainda; as decorrentes do recorte por

sexo. Cada uma dessas formas de apontar e mensurar a desigualdade foram, com ênfase e em graus distintos, aceitas nos meios acadêmicos e encampadas por diferentes setores governamentais, na busca de desenhos de políticas públicas que possam minorá-las ou suprimi-las. Contudo, o racismo como causa da desigualdade no Brasil continua não sendo admitido: nem é definido e estudado de maneira sistemática no meio acadêmico nem é foco de atenção na definição das políticas públicas. Assim, a desigualdade entre negros e brancos no país permanece sub-reptícia, uma questão que a sociedade procura veementemente não ver.

Esse ponto cego, no entanto, perpassa todos esses padrões que definem as desigualdades, oficial e moralmente aceitos em nossa sociedade. Em qualquer Região do País a população negra é a mais pauperizada: a mais pobre nas regiões mais carentes ou nos bolsões de miséria nas mais ricas. Se a análise recai sobre as desigualdades entre as áreas urbanas e rurais, à população negra cabe viver em favelas, nas primeiras, e em condições aviltantes na segunda, muitas vezes sem qualquer dos benefícios destinado aos setores produtivos do campo ou sequer com a garantia de acesso legal à propriedade da terra, como ainda ocorre com os quilombolas. Quando o foco são os diferentes setores ocupacionais novamente à população negra cabem as atividades menos prestigiadas e pior remuneradas. E, tais assimetrias se acentuam ainda mais no recorte por sexo da população negra, que mostra as mulheres negras em situação de total desvantagem, em relação à escolaridade, saúde e rendimentos, ocupando a base da pirâmide social brasileira ¹²⁸.

Segundo o estudo *O Perfil da Discriminação no Mercado de Trabalho – Homens Negros, Mulheres Brancas e Mulheres Negras* do IPEA ⁸¹, 45,0 % das mulheres brasileiras são negras (pretas e pardas) e, em termos de renda, ocupam a base da pirâmide sócio-econômica ¹¹⁷:

“... As mulheres negras arcam com todo o ônus da discriminação de cor e de gênero e ainda mais um pouco, sofrendo a discriminação setorial-regional-ocupacional mais que os homens da mesma cor e as mulheres brancas. Sua situação dispensa comentários” ¹²⁹.

Para exemplificar a magnitude da desigualdade socioeconômica em relação às populações negras e brancas no Brasil deve-se considerar a análise da Secretaria Especial para Promoção da Igualdade Racial (SEPIR) sobre dados do IBGE. Segundo essa análise a população negra representa 45,0 % da população total do país e corresponde a aproximadamente 65,0 % da população pobre e 70,0 % daqueles em extrema pobreza. Já a população branca, que representa 54,0 % do total, só está representada nos segmentos pobre e extremamente pobre por 35,0 % e 30,0 % de seus integrantes, respectivamente ¹¹⁷. Frente a isso, a igualdade entre todos as brasileiras e brasileiros, prescrita na Constituição, permanece letra morta, símbolo de uma “cidadania abstrata” que não pode sequer ser reclamada: “Por mais que se deseje negar, essa cidadania não consistente e não reivindicável, vem sendo oferecida ao longo dos tempos, prioritariamente aos negros e negras” ¹³⁰.

2.1.3 Do trabalho escravo ao emprego doméstico

Embora as famílias dos libertos buscassem preservar suas mulheres e filhas, relutando muito em deixá-las ingressar no mercado de trabalho assalariado, as circunstâncias adversas a que eram submetidas a população negra não deixavam grande margem de escolha: “A capacidade das mulheres negras para conseguir empregos era quase que literalmente o salva-vidas para uma comunidade à qual era negado qualquer outro meio de sustento”¹³¹. Em decorrência disso, mesmo não sendo mais cativas, as mulheres negras eram obrigadas a trabalhar em regime de servidão nas casas-de-família aonde o trabalho escravo havia deixado sua marca:

“Nunca pude acompanhar às notícias, assistir às festas e movimentos da cidade, enquanto trabalhava. A gente ficava seis meses sem ver a cara da rua! Sempre tinha serviço e sábado e domingo era o dia em que se trabalhava mais; ia fazer doces, biscoitinho, sequilhos, porque domingo a família toda reunia”¹³².

Conforme se pode perceber pelo trecho acima, a situação do trabalho doméstico, observada no início do século XX, pouco mudou ao longo de várias décadas. Decorreram quase 100 anos da Abolição antes que o trabalho doméstico começasse a ser percebido como uma modalidade profissional e amparado legalmente. Somente na década de 1970 a Lei 5.859, de 11 de dezembro de 1972, e o Decreto 71.885, de 9 de março de 1973, regulamentam os direitos do empregado doméstico. Segundo define o Art. 1º dessa Lei: “Ao empregado doméstico, assim considerado aquele que presta serviços de natureza contínua e de finalidade não lucrativa à pessoa ou à família, no

âmbito residencial destas, aplica-se o disposto nesta Lei”¹³³. Incluem-se nessa categoria jardineiros, motoristas, cozinheiras, lavadeiras, passadeiras, faxineiras, arrumadeiras, mordomos, damas de companhia, babás, e, até mesmo, enfermeiras que trabalhem em domicílio.

O Art. 2º da mesma Lei dispõe sobre o período de férias dessa categoria especificando que: “o empregado doméstico terá direito a férias anuais remuneradas de 20 (vinte) dias úteis, após cada período de 12 (doze) meses de trabalho, prestado à mesma pessoa ou família”¹³³. Pode-se observar no período destinado a gozo das férias uma clara discriminação em relação à categoria, que deixa entrever que a legislação está orientada à manutenção dos privilégios da classe patronal, ansiosa por minimizar o efeito disruptivo da quebra da “sagrada” rotina doméstica. Além disso, a Lei não prevê direitos importantes, como seguro contra acidentes de trabalho, a proibição de trabalho a menores de 16 anos ou o adicional de insalubridade.

O parágrafo único do Artigo 7º da Constituição Federal de 1988¹³⁴ também reconhece os direitos dos empregados domésticos, mas, como no caso anterior, estabelece ressalvas em relação aos direitos garantidos aos demais trabalhadores urbanos e rurais. É importante ressaltar que foi a Constituição Federal que garantiu aos empregados domésticos o repouso semanal remunerado, sendo que para desfrutá-lo o empregado deve cumprir integralmente a jornada semanal. Pela Constituição, lhes é assegurado também o salário-mínimo, a irredutibilidade salarial, o 13º salário, o repouso semanal remunerado, as férias anuais de 20 dias úteis, acrescidas de, pelo menos, $\frac{1}{3}$ do salário, a licença-gestante, a licença-maternidade de 120 dias

sem prejuízo do emprego e do salário; o direito ao aviso prévio e à aposentadoria. Posteriormente, foram incorporados os direitos à licença-paternidade de cinco dias, o vale-transporte, auxílio reclusão, auxílio doença e auxílio por morte.

Por outro lado, a legislação veda aos domésticos o Programa de Integração Social (PIS); o adicional de hora extra; o adicional noturno; o adicional de insalubridade; o adicional de periculosidade; o salário-família; os benefícios referentes a acidente do trabalho; as férias proporcionais e em dobro, consideradas ilegais pelo Decreto 71.855/73, o qual explicita que a aplicação do capítulo de férias da CLT ao doméstico vai além da determinação da Lei 5.859/72. Embora, na prática, venha sendo admitido o Contrato de Experiência para os trabalhadores domésticos, modalidade contratual regida pelo Decreto-Lei 5.452, de 1.º de maio de 1943, que aprova a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), na letra da lei o empregado doméstico não tem direito a Contrato de Experiência, pois a categoria não é reconhecida na mesma CLT.

Assim, segundo prescrevem as leis em vigor, a esses trabalhadores não se aplicam as disposições da CLT, conforme determina em seu Artigo 2º o Decreto 71.885/73 supracitado, em conformidade ao disposto no artigo 7º, alínea “a” da CLT. Deve-se considerar ademais, que a exclusão da categoria da CLT condiciona à opção do empregador a estabilidade provisória no emprego para a gestante, assim como o depósito do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e, conseqüentemente, o seguro-desemprego:

“Induvidoso que há um enorme hiato entre o *caput* do artigo 5º, da Lei Fundamental, que consagra o princípio da igualdade, com as limitações impostas pelo parágrafo único do precitado artigo 7º. Negando aquele, este institui indesejável discriminação ao trabalhador doméstico, comparativamente aos demais trabalhadores”¹³⁵.

Apesar desse rol de atividades ter sido reconhecido desde 1972, portanto há mais de 30 anos, os trabalhadores domésticos ainda não são reconhecidos pela CLT, instrumento precípua na regulamentação das relações no âmbito trabalhista, circunstância que permite inferir a discriminação em relação à categoria. Assim, nem em relação às garantias legais nem em termos de *status* profissional, a categoria desfruta de igualdade em relação aos demais trabalhadores. Deve-se considerar que a não incorporação da categoria na CLT significa muito mais do que pode parecer à primeira vista, pois fere as normas do ordenamento jurídico que prescrevem que nenhuma lei ordinária pode se contrapor à Constituição Federal.

Seja pela característica das tarefas ou pelo processo que define a relação de trabalho, os vínculos trabalhistas da categoria são estabelecidos de forma diferente das dos demais trabalhadores, caracterizando-se pela relação pessoal e diádica entre empregador e empregado. Embora as trabalhadoras domésticas devam ser consideradas como qualquer outro trabalhador, tendo os mesmos direitos assegurados, tal característica fragiliza as empregadas no processo de negociação salarial, que é feita diretamente entre as partes, sem intermediação do Sindicato da categoria. Essa situação de isolamento tende a tornar esse processo mais difícil até porque o empregador doméstico diferencia-se dos demais no que tange à capacidade de pagamento, que geralmente está condicionada a sua própria remuneração como assalariado.

Apesar dessas diferenças não existe nenhum tipo de mecanismo legal específico para regular a aplicação dos direitos dos empregados domésticos. Isso concorre para que essa situação *sui generis* a que estão submetidos permaneça inalterada, dificultando suprimir ou minimizar a vulnerabilidade do segmento nas negociações trabalhistas. Isso exemplifica como um parâmetro igualitário aplicado em uma situação de extrema desigualdade, acaba por aumentá-la, demonstrando a necessidade de adotar em circunstância de grande heterogeneidade estratégias moldadas pela equidade para alcançar a justiça.

Outra questão importante relacionada a essa, que precisa ser apontada, diz respeito à própria regularização do trabalhador, por meio da comprovação do vínculo empregatício, pela assinatura da Carteira de Trabalho. Para garantir ao trabalhador o direito prescrito na lei é imprescindível que a assinatura da carteira seja acompanhada do recolhimento pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) da parcela correspondente ao ganho. Como muitas trabalhadoras domésticas desconhecem isso contentam-se em ter a Carteira de Trabalho assinada pelo empregador, sem sequer estarem inscritas no INSS e jamais terem pagado o percentual que lhes cabe da contribuição que garante ao segurado o benefício da aposentadoria.

Embora nesses casos o ônus do recolhimento do montante relativo a todo tempo de serviço caiba exclusivamente ao empregador, seu pagamento dificilmente é efetuado a não ser se este se torne obrigatório, seja por acordo na Delegacia Regional do Trabalho (DRT) ou, em último caso, por ter sido judicialmente determinado. Se a prescrição legal, que determina o recolhimento

da contribuição, não mobilizou o empregador a regularizar a situação de sua contratada e efetivar o pagamento e se, nem mesmo a ameaça de arcar sozinho com esse montante foi capaz de induzi-lo a isto, não será a solicitação das empregadas que fará valer seus direitos. Devido à profunda assimetria de sua posição na relação profissional e do caráter ambíguo de sua situação trabalhista o pagamento dos direitos trabalhista só se resolve na Justiça, circunstância que necessariamente implica no rompimento do vínculo empregatício.

Além disso, não é incomum que no momento da dispensa das trabalhadoras os patrões que permitiram tal situação desincumbam-se de suas responsabilidades permutando a supressão desse direito por um valor monetário, cujo montante, na maior parte das vezes, corresponde a um percentual inferior ao que deveria ser recolhido ao INSS e pago como ressarcimento e multa à profissional. Se, no curto prazo, receber essa quantia pode parecer uma vantagem para a profissional, a qual, devido a sua precária condição socioeconômica, tende a considerar oportuno receber do empregador uma quantia maior de dinheiro em troca de seus direitos, essa situação revela-se lesiva no longo prazo, uma vez que a afasta de seu direito à aposentadoria.

Deve-se acrescentar ainda que, mesmo nos casos em as trabalhadoras têm a carteira assinada e o recolhimento da contribuição é feito segundo prescreve a lei, não é infreqüente que o valor especificado na carteira seja inferior ao salário efetivamente pago. Essa situação também onera a trabalhadora no longo prazo, implicando em uma redução de seu patamar econômico na aposentadoria. Isso se revela extremamente injusto já que, na

maior parte das vezes, é na velhice, precisamente, o momento em que ela mais necessita de tal amparo. Outra questão relacionada ao recebimento do salário refere-se à data do pagamento, que não ocorre sempre no mesmo dia, flutuando ao sabor das prioridades econômicas e de tempo dos empregadores.

A Lei 10.208, de 23 de março de 2001, consolidou uma ampliação dos direitos da categoria, propostos na Medida Provisória 1.986-1, de 12 de janeiro de 2000, que lhes faculta o acesso ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço FGTS e ao Seguro-Desemprego. Como explicitado acima, o pagamento do FGTS é opcional para a categoria, dependendo da boa vontade do empregador. Por isso a quantidade de trabalhadores domésticos que faz jus ao benefício ainda é reduzida. No intuito de incentivar a regularização da categoria o Executivo lançou recentemente, a Medida Provisória MP 284, de 6 de março de 2006, a qual autorizava a dedução do valor pago pelo empregador à Previdência Social, como contribuição patronal na Declaração de Ajuste Anual do Imposto de Renda (IR) das pessoas físicas, no valor de um salário mínimo.

Durante a tramitação no Congresso Nacional algumas alterações foram incluídas nessa MP. Tais mudanças propunham: a obrigatoriedade de contribuição patronal ao FGTS para os empregados domésticos, que corresponde a 8,0 % do salário do empregado doméstico; a necessidade de pagamento pelo empregador ao empregado da multa de 40,0 % sobre o saldo do FGTS, quando dispensado sem justa causa; a extensão do salário-família ao empregado doméstico e a garantia de emprego à empregada gestante, desde a concepção até cinco meses após o parto.

Votada e aprovada em julho deste ano, esta MP acabou sendo vetada por determinação presidencial. Despontaram como argumentos contrários à regulamentação desse direito a possibilidade de que o encargo, que deve ser assumido pelos empregadores, aumentasse a informalidade no setor. Segundo nota técnica do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (Dieese) ¹³⁶ mesmo com as modificações promovidas na MP pelo Congresso Nacional, o impacto mensal para o empregador seria negativo ou francamente irrisório⁴.

Quando se considera a relação entre o custo para o empregador, explicitados nos cálculos do Dieese, e o benefício para o empregado, que passa a estar resguardado por mais essa garantia trabalhista, fica demonstrado o quanto essa categoria profissional continua a ser discriminada em nosso país. Reforça essa afirmação, a contra ofensiva da classe média à implementação da proposta, que ocupou espaço nos meios de comunicação em abundantes manifestações, que alardeavam seu descontentamento frente à possibilidade de aprovação dessa medida. Isso mostra que na dimensão da moralidade os espaços de casa grande e senzala ainda estão vivos e pulsantes no seio da nação.

⁴ “No caso do empregado doméstico que recebe 1 salário mínimo, com as modificações promovidas na MP pelo Congresso Nacional, o impacto mensal para o empregador que hoje já recolhe o INSS será negativo, em R\$ 15,56 mensais. Ou seja, esse empregador reduzirá o seu gasto médio mensal com o empregado doméstico em R\$ 15,56. Para o empregador que hoje não recolhe ao INSS, o impacto será de R\$ 31,11 por mês, isto é, seu gasto médio mensal aumentará de R\$ 388,89 para R\$ 420,00. No caso do empregado que ganha R\$ 400,00 por mês, o impacto para o empregador que hoje já recolhe o INSS ainda será negativo, representando uma economia de R\$ 11,11. Para o empregador que hoje não faz o recolhimento ao INSS, o gasto médio mensal aumentará em R\$ 42,23 por mês (de R\$ 444,44 para R\$ 486,67). No caso do empregado que ganha R\$ 525,00 por mês, o impacto para o empregador que hoje já recolhe o INSS é nulo. O incentivo sobre o INSS é igual à nova contribuição para o FGTS. Para o empregador que hoje não recolhe nem ao INSS, o impacto de aumento no gasto será de R\$ 70,00 (R\$ 653,33 – R\$ 583,33). Já no caso do empregado que ganha R\$ 700,00 por mês, o impacto para o empregador que hoje já recolhe o INSS será de R\$ 15,56. Para o empregador que hoje não recolhe o INSS, será de R\$ 108,89 por mês (R\$ 886,67 – R\$ 777,78)” (DIEESE. *Op. cit.* 2006).

Numa das matérias veiculadas ¹³⁷, um pai lastimava-se explicando que se tivesse que contribuir com o seguro social da profissional, que cuida de sua casa e família, teria que retirar o filho da escolinha de futebol. O depoimento desse pai exemplifica a moralidade vigente, que prioriza os privilégios particulares ao bem coletivo. Entre as duas alternativas esse cidadão não hesita em optar pelo supérfluo (para seu filho) em detrimento ao essencial (para a empregada), mesmo que isso implique em vulneração da trabalhadora. Tal opção evidencia desrespeito por outro ser humano, que “por acaso” não é de seu sexo, cor ou classe social.

A naturalidade com que esse tipo de declaração foi feita (em “horário nobre”) e recebida (sem gerar grandes protestos) deixa entender que essa opção não é estranha à sociedade. Existe uma aliança moral entre as classes abastadas e a classe média que visa a manutenção de tais privilégios. Mais do que a negar a cidadania, essa aliança fratricida está fundada no não reconhecimento da condição humana do outro (ou das outras, no caso). Tal permissividade moral se estende a grupos, segmentos e populações negros, que tendem a permanecer social e economicamente depauperados, alimentando um ciclo contínuo de iniquidade e expropriação.

Isso faz lembrar que argumentos similares foram levantados também quando da promulgação da Lei dos Sexagenários, durante o período em que o país ainda era assumidamente escravagista. Também agora, 121 anos depois, o pagamento dos direitos trabalhistas das empregadas não se inscreve como “questão racial” e, da mesma forma, os patrões consideram prioritárias suas necessidades econômicas e sociais, ainda que supérfluas, aos direitos da

categoria ¹³⁸. Se a Constituição propugna a igualdade sem discriminação é necessário transformar a letra da lei em realidade, já que, como propõe o Plano Plurianual (PPA), o Brasil pretende ser mesmo “um país para todos (e todas)”, não se deve governar apenas para manter privilégios de classe, cor e sexo construídos sobre tal opressão e a iniquidade.

Por esse histórico conciso é possível perceber que existe uma relação estreita entre a condição escrava do trabalho reprodutivo e a situação servil sob a qual se realiza o trabalho doméstico atualmente. Se a interpretação socialmente atribuída ao primeiro está enraizada nos primórdios da constituição da espécie humana, baseada no dimorfismo e na assimetria de poder entre homens e mulheres (derivada do uso da força para o condicionamento das mulheres ao longo da história), essa forma de apropriação do tempo e energia das mulheres foi naturalizada, tornando invisível aos olhos das sociedades modernas a exploração a ela inerente. Legitimada tanto pela metafísica das religiões, em virtude dos atributos morais relacionados aos homens e às mulheres, quanto pela ciência, em decorrência das características biológicas atribuídas a cada um dos sexos, a condição escrava do trabalho reprodutivo realizado no âmbito doméstico permanece um ponto cego. Invisível para os próprios atores (e atrizes) sociais nela envolvidos, é, não obstante, um pesado fardo para aquelas que o carregam.

Como decorrência da associação entre o trabalho reprodutivo e o trabalho doméstico tal condição de exploração, subalternidade e desvalorização atribuída ao primeiro foi transferida a este último. No caso do Brasil, a esse imperativo ditado pela forma como as diferenças físicas

construíram as relações de poder entre homens e mulheres somam-se as desigualdades originadas na escravidão. Em decorrência desse conjunto de fatores, o trabalho doméstico permanece no imaginário de nossa sociedade como uma atividade menor, menos importante e pouco valorizada, destinado àquelas mulheres que por falta de acesso ao estudo e às demais condições que caracterizam a qualidade de vida, amargam um cotidiano de privação.

Essa luta desigual entre a sala e a cozinha, que em nossos dias substitui a relação casa grande e senzala, secciona as mulheres enquanto um segmento da sociedade e, isola-as na célula social da família, local a partir do qual desenham sua inserção na hierarquia social. Tal situação impede de perceberem-se como um mesmo segmento e dificulta sua organização na cena social como atrizes submetidas ao mesmo conjunto de forças determinado pelos papéis de gênero.

2.2 O quadro pintado pela história

No Brasil, assim como em várias partes do mundo, a responsabilidade pelo trabalho doméstico ainda é – cultural e socialmente – atribuída, quase que exclusivamente, às mulheres, que devem desempenhar essas tarefas apenas porque são mulheres. Sua posição subalterna na sociedade; o reflexo dessa posição na hierarquia da estrutura familiar, a condição de sujeição que lhes é imposta nas inter-relações no âmbito doméstico; além da situação de confinamento e isolamento implicada nas atividades domésticas, propiciam a apropriação de seu trabalho, a utilização de seus corpos e vidas à exaustão.

Pesquisas sobre as condições de saúde das mulheres realizadas em diversos países, inclusive no Brasil, demonstram que o trabalho doméstico cobra um alto preço em suas vidas, condicionando um cotidiano marcado pela dor, opressão e adoecimento ¹³⁹.

A divisão sexual do trabalho que norteia esse padrão de comportamento em nossa sociedade faz com que as atividades realizadas pelas mulheres na esfera doméstica sejam naturalizadas, tidas como parte essencial da natureza feminina, associadas à representação da amorosidade. Isso determina que toda espécie de cuidado, requisitado por qualquer membro do grupo doméstico, seja dispensado pela mulher. Assim, cabe a ela a obrigação de acompanhar os doentes, pais e filhos, nos tratamentos de saúde e, no caso desses últimos também nas reuniões escolares e demais eventos de sua vida social. Dessa forma o tempo para cuidar de si mesma, descansar ou buscar formas de aprimoramento e lazer torna-se ainda mais escasso.

Condicionadas para o desempenho dessas atividades e considerando-as parte fundamental da construção do *ethos* feminino, as próprias mulheres apressam-se diligentes em defender seu direito de realizar essas tarefas, a partir das quais constroem a sua identidade e passam a ocupar lugar de fala na esfera doméstica. No entanto, o fato de poder realizar essas atividades por prazer, pela satisfação de estarem cuidando de si mesmas e de sua casa, ou de fazerem isso por amor a sua família, não descaracteriza a condição de trabalho. Trabalho não remunerado, que, portanto, expropria o tempo, a energia e a qualidade de vida.

Não bastasse a sobrecarga de trabalho decorrente das atribuições prescritas culturalmente para as mulheres, as condições adversas relacionadas ao dimorfismo, à legitimação da força bruta para controlá-las e subjugar-las, desencadeiam a possibilidade de que a ameaça, a coação e a violência física e psíquica sejam utilizadas contra elas. Historicamente justificada como forma legítima e mesmo legal de disciplinar as mulheres e até de protegê-las das conseqüências de seu “pouco discernimento”¹⁰⁴, as agressões física, sexual, psíquica e moral, caracterizadas como formas distintas de violência, persistem como comportamentos rotineiros na relação entre os sexos em nossa sociedade, irrompendo na vida das mulheres, independente de seu meio cultural e estrato socioeconômico. Essas formas de agressão, perpetradas por pais, companheiros ou empregadores, ocasionam não apenas lesões físicas e psíquicas, mas se cristalizam em patologias que arrastam às mulheres ao poço fundo da depressão.

Apesar de ser imprescindível à reprodução da sociedade, o trabalho desenvolvido na esfera doméstica não é visto como atividade concernente à esfera laboral, não sendo reconhecido ou valorado condignamente e, principalmente, não sendo remunerado. O que lhe subtrai decisivamente o *status* que gozam as demais atividades produtivas decorre de não ser identificado como atividade capaz de gerar renda direta, embora seja o sustentáculo para a geração dessa renda e mais, indispensável à própria manutenção da vida social.

No entanto, a ausência de reconhecimento da exploração do trabalho feminino com base na construção do papel de gênero, das atividades

tradicionalmente atribuídas às mulheres em decorrência da interpretação do que seria a sua natureza, não diminui a magnitude do trabalho não remunerado exercido elas. Estudo da ONU mostra que o Produto Interno Bruto PIB aumentaria em 40,0 % nos países industrializados se o valor do trabalho não remunerado feito na esfera doméstica passasse a ser incorporado em suas estatísticas de produção ¹⁴⁰.

Essa desvalorização do trabalho feminino realizado na esfera doméstica repercute no trabalho doméstico exercido profissionalmente. Baseado no trabalho reprodutivo associado aos papéis de gênero, o trabalho doméstico constitui-se ainda hoje uma modalidade profissional que beira à servidão, embora as leis que normatizem esta atividade já tenham sido definidas em várias legislações em todo mundo, inclusive na brasileira ¹³³.

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003 (PNAD) ¹⁴ há 6,5 milhões de trabalhadores domésticos no país, que equivalem a 7,7 % da população ocupada. Esses dados apontam um crescimento de 11,0 % em relação a 1999, quando a PNAD ¹² revelava a existência de 5,4 milhões de pessoas atuando como trabalhadores domésticos. Embora a categoria dos trabalhadores domésticos incorpore tanto homens como mulheres, estas constituem a grande maioria nesta classe profissional ¹⁴¹. Segundo o IBGE ¹⁴, esse percentual chega a 93,0 % dentre esses trabalhadores e conforme o Dieese, a cifra é de 95,0 % ¹³⁶.

A PNAD de 1995 ¹⁶ também reforça esse dado, revelando que naquele ano o emprego doméstico já concentrava 19,0 % da população feminina economicamente ativa. O Dieese admite que só na Região Metropolitana São

Paulo, região mais desenvolvida do país, o serviço doméstico absorva 18,0 % das mulheres economicamente ocupadas ¹⁴¹. Do total de mulheres que estavam trabalhando quando entrevistadas pelo IBGE em 2001, 17,3 % eram trabalhadoras domésticas ¹³.

Se a quantidade de trabalhadoras domésticas regulamentadas vem aumentando gradativamente, deve-se considerar que expressiva porcentagem dos profissionais do setor ainda trabalha de maneira informal e sem garantia dos direitos trabalhistas e previdenciários. De acordo com o IBGE, 72,0 % das pessoas que trabalham no serviço doméstico não têm carteira assinada ¹³. O elevado nível de informalidade no emprego doméstico também é constatado nos estudos do Dieese que calculam que somente 25,8 % dos empregados domésticos tenham carteira de trabalho assinada ¹⁴¹. A relação entre essas duas formas de mensurar o trabalho reprodutivo - o sexo e a garantia legal do trabalhador - permite inferir que as mulheres são as mais atingidas pela precarização das condições de trabalho, perdendo, na prática, direitos adquiridos e recebendo salários menores.

Porém, mesmo a regulamentação profissional não impede a persistência de uma série de violações a que estão submetidas as trabalhadoras domésticas: o assédio, à violência sexual e moral por parte dos empregadores, as jornadas de trabalho extenuantes e os salários abaixo do mínimo permitido, justificados pela moradia no local de trabalho. Para identificar quais são as trabalhadoras submetidas a essa situação, a já citada PNAD de 1995 revela também que do total de trabalhadoras domésticas, 56,0 % são de origem negra, com baixa escolaridade, predominando o ensino fundamental

incompleto, sendo que dentre estas, 23,0 % realizam jornadas de trabalho semanais, superiores a 48 horas. Pode-se inferir desses dados que as mulheres negras e pobres que subsistem dedicando-se ao trabalho doméstico constituem o grupo social mais vitimizado por essas condições injustas.

Para tornar mais dramático esse quadro, dados da Organização Internacional do Trabalho (OIT) mostram que entre os trabalhadores domésticos no Brasil, estão mais de 500 mil crianças e adolescentes, em sua maioria do sexo feminino e metade delas negra. Dentre essas, 30,0 % começaram a trabalhar entre 5 e 11 anos de idade; 26,0 % não estudam; 53,0 % trabalham mais de 40 horas semanais; 56,0 % não tiram férias; 2,5 % não recebem nenhum tipo de remuneração, enquanto 64,0 % recebem menos de meio salário mínimo ¹⁴². Não é incomum que até hoje mulheres da classe média recrutem crianças de famílias pobres no interior para o serviço doméstico com a desculpa de ajudá-las. Tal “ajuda” limita-se a lhes garantir a sobrevivência, pois, em grande parte dos casos, mesmo sendo crianças ou adolescentes, as empregadoras não lhes possibilitaram a oportunidade de continuar estudando.

Muitas dessas crianças são retiradas de suas casas e levadas ao trabalho doméstico em outras cidades e estados na ambivalente condição de *criada*. Esta única palavra expressa tanto uma situação existencial, que deveria significar estar sendo amparada e cuidada por alguém que se responsabiliza por seu bem-estar e desenvolvimento, quanto, em uma acepção mais restrita, uma situação empregatícia. No caso das crianças utilizadas para o trabalho doméstico, isso diz respeito a sujeitar-se a assumir um cotidiano laboral que é

pesado também para um adulto, muitas vezes de maneira informal ou até sem qualquer remuneração que não a própria sobrevivência.

A condição de paternalismo implícito, tradicionalmente relacionada à criação de crianças pobres por famílias mais abastadas, revela-se um agravante na situação espúria em que se encontram essas crianças. A reciprocidade inerente à dádiva da sobrevivência não implica em somente responder às demandas do trabalho, mas soma-se à necessidade de “beijar a mão” daqueles que apadrinham, instaurando uma moralidade pervertida que pretende instilar o respeito ou despertar o amor por aqueles que infligem o dano ¹⁴³.

Apelar para moralidade das relações pessoais para obscurecer os direitos inerentes às relações trabalhistas é uma constante no Brasil, especialmente no emprego doméstico, “que confunde simpatias com elos produtivos e econômicos” ¹⁴⁴. No caso das meninas levadas ao trabalho doméstico, o que se aponta como decorrência mais grave dessa situação é que o empregador (ou empregadora) da criança *criada* só lhe garante a sobrevivência física, negando-lhe a parte social de seu direito como pessoa, o gozo da infância, o acesso à escola e, como conseqüência, a possibilidade de formular um projeto de vida voltado ao seu crescimento pessoal e profissional.

Se a assimetria de poder é exacerbada na relação profissional entre crianças e adultos, também se manifesta quando empregadoras e empregadas são da mesma faixa etária. Mesmo quando as empregadas têm mais idade (e experiência) que suas patroas, as condições extremamente assimétricas do vínculo empregatício geram turbulência e opressão, que marca boa parte da

convivência necessária ao exercício laboral na esfera doméstica. A desigualdade de poder entre as distintas classes nas quais estão inseridas socialmente as mulheres define o roteiro que pauta o papel de cada uma delas na relação profissional.

As patroas, que têm o privilégio de exercer o poder de dominação, são vistas pelas empregadas como preguiçosas e incapazes. Seres tão arrogantes que devem dar graças por encontrar uma maneira de salvar-se da execução das tarefas domésticas, mesmo que assim estejam optando por estabelecer em seu cotidiano uma relação emocionalmente desgastante caracterizada, até os dias de hoje, como “um mal necessário”. E as empregadas são vistas por suas patroas como preguiçosas e incapazes, seres tão ignorantes que devem rejubilar-se por encontrar uma maneira de salvar-se da miséria absoluta, mesmo que assim estejam optando por viver num regime de trabalho fisicamente desgastante, próximo à servidão.

O padrão de exigência escravocrata, que orienta o modelo ideal do trabalho realizado para a manutenção da unidade doméstica em nossa sociedade, acentua a possibilidade de emergência desses conflitos. Faz com que as patroas se sintam compelidas a sanar com suas próprias mãos as falhas e imperfeições que julgam existir no trabalho das serviçais, minimizando assim a incompetência que lhes atribuem. Nessa situação sentem-se lesadas por estarem fazendo as tarefas pelas quais pagaram em vão, sentindo-se por isso no direito de maltratar as empregadas. Estas, que em seu cotidiano sofrem as conseqüências das características e proporção do trabalho bem como de sua remuneração exígua, vêm-se impelidas a defenderem-se silenciosamente

desse padrão de exigência inatingível, postergando quando podem as tarefas que consideram menos essenciais e limitando-se a executar aquelas que comprometem diretamente o fluxo da rotina doméstica.

Essa situação, que desagrada e desgasta emocionalmente tanto umas quanto outras, perpetua-se sem expectativa de solução. Enquanto o trabalho reprodutivo for um dever das mulheres, apenas porque são mulheres, e seu sucedâneo, o trabalho doméstico, for uma modalidade de servidão imputada de forma racista às mulheres negras e pobres, patroas e empregadas se enfrentarão na arena doméstica.

2.3 Detalhes do cenário

Negligenciado ao longo de séculos, considerado inferior, destituído de importância e remunerado aquém de seu valor, o trabalho realizado no âmbito doméstico é tido como essencialmente leigo, algo que pode ser realizado profissionalmente por pessoas com pouca ou nenhuma formação escolar. O desrespeito do trabalho doméstico, evidenciado no patamar salarial mínimo, é justificado não apenas pela pouca escolaridade das empregadas domésticas, mas também pela ausência de treinamento formal para o exercício da profissão.

Embora existam trabalhadoras domésticas especializadas, que se dedicam a apenas um tipo de atividade, como as cozinheiras “de forno e fogão”, as passadeiras e faxineiras, a capacitação para o exercício dessas atividades ocorre de maneira informal, na família ou no próprio local de

trabalho, podendo ainda decorrer da aptidão para essas atividades, interpretada como um dom ou inclinação da trabalhadora. A grande maioria dessas profissionais, porém, realiza em seu cotidiano todas as tarefas necessárias à reprodução da vida doméstica: são as chamadas empregadas domésticas, que trabalham em domicílios familiares, podendo residir nos mesmos ou não.

As condições adversas da vida profissional das trabalhadoras domésticas relacionam-se a fatores infra-estruturais, conjunturais, sociais e simbólicos que se inter-relacionam condicionando o desempenho destas atividades. Esse conjunto de fatores, que marcam a dinâmica de seu cotidiano profissional, acaba por produzir sensações e emoções como o insatisfação, desconforto, desânimo, e impotência, que vão paulatinamente transfigurando-se na somatização de sinais, passíveis de serem interpretados como patologias.

Em relação aos fatores infra-estruturais deve ser citado, entre outros, o local onde desempenham sua atividade. Na maioria das vezes, a forma como são planejadas as moradias, tende a restringir sobremaneira os espaços destinados às atividades domésticas, proporcionalmente muito menores do que os demais. Além da diferença de tamanho, esses espaços são marcados também por sua posição: a cozinha e a área de serviço são planejadas “nos fundos”, “na parte de trás” das residências, evidenciando arquitetonicamente seu caráter menos nobre. Essa disposição que circunscreve o cotidiano a espaços exíguos acentua-se ainda mais no caso das trabalhadoras que dormem no emprego. As chamadas dependências de empregada são

geralmente cubículos mal ventilados, que muitas vezes ainda funcionam como depósito para as quinquilharias dos patrões.

No que concerne aos fatores conjunturais é preciso listar uma série de tarefas cuja ergometria potencializa o cansaço físico. Dentre estas, devem ser citadas as realizadas em pé como cozinhar, lavar louça, varrer, limpar paredes ou lavar e passar roupa. À posição incômoda que precisam adotar para realização dessas atividades, que ocupam o cotidiano laboral quase que ininterruptamente, soma-se o esforço físico para executar outras tantas, como lavar, torcer e dependurar lençóis, toalhas de banho e tapetes, arear panelas, carregar peso ou arrastar móveis e eletrodomésticos, como sofás, estantes, armários, geladeiras, secadoras e máquinas de lavar.

As condições térmicas também propiciam o surgimento de doenças esporádicas e o recrudescimento de patologias crônicas. Os freqüentes choques térmicos no trânsito entre geladeira e fogão, a que estão sujeitas na realização da simples atividade de cozinhar, aumenta exponencialmente quando executam tarefas como passar roupa e manusear alimentos no forno, que implicam proximidade a temperaturas altas ou no descongelamento de freezer e limpeza de geladeira, que demandam contato direto com o gelo ou temperatura baixa.

As situações de risco ocupacional também não são incomuns. O manuseio de facas e instrumentos cortantes, de equipamentos elétricos, de produtos químicos destinados à limpeza, de artefatos quentes em locais aquecidos, faz parte da lida cotidiana. No caso das que trabalham em apartamento, lavar vidraças acaba por tornar-se também uma atividade

arriscada, já que, à diferença dos profissionais que trabalham nas partes externas dos prédios, como pedreiros e pintores, as empregadas domésticas não contam com nenhum tipo de equipamento proteção para realizar essa tarefa. Além destes, a possibilidade de contaminação por agentes biológicos, na higienização dos equipamentos sanitários e no manuseio do lixo, muitas vezes configura-se como probabilidade, colaborando para piorar as condições de desempenho dessas tarefas, que é sempre desagradável.

No que tange aos fatores sociais, a assimetria de poder entre empregadoras e empregadas é reforçada pelo isolamento individual e social da categoria. Em virtude disso, as empregadas encontram maior dificuldade que os demais profissionais para formar alianças em torno de objetivos comuns. Como o emprego doméstico caracteriza-se por ser uma relação interpessoal, negociar a melhoria de suas condições salariais e de trabalho esbarra num vazio institucional. Por ter que enfrentar cara-a-cara as empregadoras no processo da reivindicação de seus direitos, essas profissionais não contam com o efeito multiplicador do coletivo, que amplifica as vozes individuais na esfera pública, legitimando as demandas e fortalecendo as posições na negociação. Reforça essa afirmação estudo de base comunitária na cidade de Salvador sobre acidentes de trabalho entre empregadas domésticas, que mostrou que 51,3 % das entrevistadas trabalhava mais de 8 horas por dia e 64,0 % mais do que cinco dias por semana, sendo que 7,8 % não contava com ajuda no trabalho. A grande maioria, 70,5 %, não tinha carteira de trabalho assinada. Ainda que essas porcentagens sejam diferentes de um local para

outro, deve-se dar como certo o fato de serem muito altas em todas Regiões do país ¹⁴⁵.

Tal isolamento também inibe estas trabalhadoras na busca do amparo legal nas questões relativas a sua saúde. Embora o auxílio doença seja um direito que lhes é assegurado, raras vezes buscam o a Previdência Social (INSS) para requerer esse benefício, nem mesmo se o surgimento de patologias decorre da exposição a fatores causadores de dano à saúde em seus locais de trabalho. Além disso, a desinformação que caracteriza a sua condição de vida, a falta de tempo e de dinheiro que marcam sua situação trabalhista, colaboram para que requerer o auxílio-doença não seja necessariamente iniciativa da trabalhadora doméstica e sim de sua empregadora, que tem mais acesso à informação e interesse em não arcar com o ônus econômico proveniente do adoecimento (e das faltas) de suas subordinadas.

A pressão psicológica decorrente da assimetria de poder entre empregadoras e empregadas manifesta-se também na pouca autonomia para decidir sobre os processos e o fluxo de trabalho. Se a possibilidade de decidir quando e de que maneira realizar uma tarefa é nula, qualquer desvio dos padrões rigidamente estabelecidos pelas empregadoras é julgado uma falta grave. Os padrões normatizadores dos procedimentos e das rotinas adotadas em cada residência, não se pautam em critérios técnicos nem são orientados ao alcance do objetivo proposto na atividade. Em grande parte, na verdade, a forma como cada empregada deve realizar suas atividades é determinada apenas pelos gostos e preferências pessoais de cada empregadora.

A interferência contínua em suas rotinas e procedimentos de trabalho não se restringe à forma de executar as atividades. Também o tempo diário destinado ao trabalho acaba por ser flexibilizado segundo a conveniência das empregadoras, especialmente no caso das empregadas que dormem no emprego e das que cuidam de crianças e bebês. Na maior parte das vezes, por temer uma represália que venha a romper o vínculo empregatício, as trabalhadoras domésticas acabam por aceitar essa situação que limita suas horas de descanso.

O desempenho das tarefas também é orquestrado em função da empregadora, que pauta o ritmo do trabalho cotidiano da empregada. A ausência de autonomia para deliberar o andamento desta partitura coloca a profissional à mercê de acelerações bruscas e imprevisíveis no fluxo das atividades sem possibilidade de regulá-lo de acordo com seu estado físico ou condição psíquica. Sem decidir nem sobre o horário de suas próprias refeições ou os momentos de pausa para descanso, são tragadas pelas tarefas de maneira ininterrupta desde o momento que entram até o instante em que saem de seu local de trabalho.

A dificuldade para impor um processo laboral que atenda a suas próprias necessidades torna-se muito maior quando precisam ausentar-se para resolver problemas pessoais, familiares ou até mesmo de saúde. A ida ao médico é postergada ao extremo e, quando ocorre, gera a desconfiança sobre a veracidade dos sintomas diagnosticados, especialmente quando estes implicam numa interrupção forçosa do trabalho e na quebra da rotina doméstica. E, se o desrespeito patronal já se manifesta em relação a um

problema físico, mesmo comprovado, o que não dizer no caso de problemas emocionais ou psíquicos cuja caracterização é tão mais sutil? Ainda que seu cotidiano de trabalho monótono, repetitivo e pouco criativo propicie o adoecimento, sua vulnerabilidade social impede que dêem atenção a estes sinais somáticos ou comportamentais.

A dificuldade em cuidar da saúde pode estar relacionada ao perfil de mortalidade das mulheres negras, levantado em estudo realizado cidade de São Paulo ¹⁴⁶. Baseando-se em dados quantitativos relativos à caracterização dos óbitos por raça dos residentes daquele município, esse estudo mostra a semelhança nos índices de mortalidade, proporcional por faixa etária, entre das mulheres negras e os homens brancos (40,7 % e 39,0 %, respectivamente) “contrariando a esperada diferença por sexo, segundo a qual as mulheres vivem mais que os homens”. O estudo conclui que a prematuridade dos óbitos das mulheres negras naquela cidade só pode ser explicada como função de condições de vida e saúde, marcadas pela discriminação. Como as condições de vida desse segmento são similares em São Paulo e no DF, já que as mulheres negras, nesses dois lugares, estão sujeitas às mesmas condições e situação de vida, como atestam o IBGE e IPEA, pode-se inferir que, também no Distrito Federal se reproduza esse perfil de mortalidade.

A situação precária em que se encontram as empregadas domésticas tornam-nas alvos fáceis para outros tipos de abuso: o assédio sexual e moral. No primeiro caso, a agressão é perpetrada como uma consequência da misoginia que orienta as relações entre os sexos em nossa sociedade e condiciona a representação do feminino. No segundo, o abuso deriva em larga

medida da própria assimetria de poder entre as interlocutoras que se soma às dificuldades de comunicação entre elas. Em ambos, a depreciação da mulher e do trabalho executado no âmbito doméstico constituem o pano de fundo que dá o tom a essa relação baseada na dominação e no servilismo.

Em relação à dimensão simbólica, vários fatores condicionam as representações que embasam a assimetria na inter-relação profissional. Na perspectiva individual, a disparidade sócio-econômica para a criação de uma auto-imagem positiva, segundo os cânones prescritos pela sociedade de consumo, produz um hiato entre a representação que empregadas e empregadoras fazem de si mesmas, estimulando uma competição velada entre elas.

Como o ambiente de trabalho de uma é a casa da outra, os conflitos ganham algumas vezes a proporção de verdadeira guerra, na qual a empregadora usa todo o seu poder de coação para fazer valer sua vontade. Sua atitude lhe parece justificável na medida em que se entende que, ao impor um padrão estético para a arrumação; escolher um tipo específico de alimento e decidir sobre sua forma de preparo bem como prescrever as tarefas a serem executadas e a forma como isso deve ser feito, a patroa está decidindo sobre aspectos fundamentais de sua própria vida.

Ao conduzir a empregada nos menores detalhes, revelam o desejo, a necessidade e a vontade de cumprir seu papel social de esposas, donas-de-casa e mães, sem abrir mão das novas atribuições profissionais que sua inserção no mercado de trabalho lhes facultou. Por estarem divididas entre esses múltiplos papéis, não podendo dedicar-se a nenhum deles tanto quanto

o contexto social lhe faz crer necessário, as patroas transferem para as empregadas a parte mecânica das atividades domésticas, aquela que demanda mais tempo e implica em maior insatisfação, devido a seu caráter monótono, repetitivo e infundável. Transformadas em clones imperfeitos, às empregadas cabe a árdua tarefa de preencher o espaço que a culpa destila dia-a-dia no coração das empregadoras, por não estarem cumprindo à risca os papéis femininos que a sociedade lhes designou.

Criadas à imagem e semelhança de suas patroas, por serem também mulheres imersas na mesma sociedade e cultura, as empregadas, por sua vez, também são instadas por si mesmas e pela demanda de seu grupo social, a desempenhar com semelhante rigor o trabalho reprodutivo em seu local de moradia. O serviço que realizam profissionalmente na casa de terceiros é, em seu espaço doméstico, feito em parte por sua parentela, mães ou filhas, que arcam com uma fração do trabalho reprodutivo. No seu caso, porém, esse condicionamento cultural é sentido de maneira ampliada, uma vez que não contam com uma atividade profissional que se configure como válvula de escape, que lhes traga satisfação e contribua na construção de uma auto-imagem positiva.

A valorização do exercício das funções femininas no lar entre as mulheres dessa classe social revela-se, então, um mecanismo de compensação na construção da imagem de si mesmas. A falta de infraestrutura em suas moradias e a ausência de condições para criar uma conjuntura similar àquela em que transcorre seu trabalho na casa das patroas, não se configuram obstáculos a seu empenho em manter a ordem e a limpeza

em suas próprias casas. Esse impulso reflete seu desejo, necessidade e vontade de dissociarem-se da situação de vida na qual estão tolhidas, projetando no ambiente em que vivem e em si mesmas, os valores morais positivos que associam à idéia de limpeza e à supressão da sujidade. Porém, até mesmo tal subterfúgio, que não deixa de acarretar ainda mais cansaço físico, mas que lhes possibilitaria a construção de uma auto-imagem mais positiva, é fadado à frustração constante, tanto pela comparação inevitável de sua situação de vida com a de suas empregadoras, quanto pelo sentimento de culpa por não conseguirem responder como gostariam a tal sobrecarga de trabalho e responsabilidade.

Outro aspecto que contribui para a proliferação de conflitos diz respeito à comunicação entre as interlocutoras, à transmissão das informações relativas ao trabalho, dificultada, muitas vezes, pela diferença educacional entre elas, que colabora para criar vácuos de sentido na informação repassada. Nas classes dominantes, a formação escolar condiciona o desenvolvimento de uma visão de mundo sobre limpeza e sujeira pretensamente objetiva, calcada nos paradigmas científicos, na idéia de patogenicidade e no modelo monocausal das doenças. Embora o imaginário das pessoas com menor escolaridade também seja povoado pelos “micróbios” e por sua ação nefasta sobre a saúde, essas idéias são permeadas pelo conhecimento tradicional, associadas a valores estéticos e morais. A convivência desses dois padrões de interpretação nem sempre é pacífica e o choque entre eles provoca muitas vezes confusão mesmo no que tange à execução das atividades mais elementares, implicando

ainda em uma enorme diversidade na definição das prioridades do trabalho doméstico para os dois grupos.

Mesmo que na esfera sensível, empregadas e empregadoras pareçam partilhar do mesmo mundo, na dimensão do imaginário habitam universos paralelos. E se a forma como a sociedade constrói a idéia do feminino exerce uma influência magnética, que aproxima seus lugares de fala e permite a identificação entre as mulheres, a assimetria de sua condição e situação de vida age como força propulsora em sentido contrário, distanciando os trilhos pelos quais transcorre seu cotidiano e quebrando o espelho que reflete a situação em comum que partilham apenas por serem mulheres.

3 Método

3.1 Classificação da pesquisa

As características classificatórias dessa pesquisa são apresentadas a partir da sistematização proposta para as Ciências Sociais por Perseu Abramo¹⁴⁷. Quanto ao campo, a pesquisa pode ser classificada como interdisciplinar, abrangendo a Bioética, de onde provem o marco teórico; a Antropologia, que subsidia a metodologia e técnicas de pesquisa; e a Saúde Coletiva, que orienta a construção da temática enfocada. O processo de estudo pode ser classificado como monográfico, já que busca inferir as expectativas e visões de mundo de uma parcela da população a partir de um conjunto delimitado do meio social.

Quanto à natureza, a pesquisa caracteriza-se como qualitativa descritiva¹⁴⁸ na medida que estuda as características do grupo investigado, buscando revelar a partir da análise de suas falas as representações coletivas, percepções, moralidades e valores que orientam seu comportamento. A pesquisa qualitativa foi adotada neste trabalho, pois é a forma de levantar dados que melhor espelha “o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, que estão ligados a espaços de relações e fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”¹⁴⁹.

Os dados trabalhados podem ser considerados objetivos, já que parte deles corresponde ao levantamento das condições socioeconômicas das entrevistadas, referindo-se, portanto, a fatos sociais comprovados; e subjetivos

quando dizem respeito a suas emoções, opiniões e atitudes. Em relação à procedência, os dados coletados podem ser classificados como primários, colhidos diretamente do grupo estudado por entrevista baseada em roteiro assim como por observação. A técnica de observação utilizada foi a observação direta.

Deve-se ressaltar, no entanto, que circunstâncias fortuitas que deram origem às reflexões que levaram a este trabalho implicaram na realização pela pesquisadora do serviço doméstico cotidiano em seu domicílio nos últimos três anos. Isso acabou por revelar-se um recurso metodológico para promover maior identificação com as condições de vida e trabalho das entrevistadas. Deve-se considerar também que o fato da pesquisadora pertencer a uma classe social que dispõe de empregadas domésticas e, por isso, ter convivido com essas profissionais na condição de empregadora durante quase toda vida deu-lhe condição de perceber o outro lado da moeda da vida dessas trabalhadoras.

No que concerne à extensão do campo de estudos, pode-se definir essa pesquisa como uma pesquisa em profundidade, pois busca elencar grande número de variáveis que possam estar interferindo na problemática estudada. Assim, são examinadas as percepções das entrevistadas sobre os padrões morais que orientam as relações de gênero, cor, estrato social e idade, dentre outras, tomadas como variáveis que condicionam o acesso à qualidade de vida, qualidade de saúde e qualidade de atenção à saúde entre o grupo estudado.

Em relação aos métodos de análise, os dados coletados foram trabalhados a partir de comparações, utilizando algumas vezes tipologias e classificações, que combinam padrões e modelos descritivos e propõem comparações em virtude de semelhanças e diferenças entre os fenômenos observados.

Quanto ao que diz respeito ao nível de interpretação, esta pesquisa pode ser classificada como explicativa, partindo do pressuposto que o problema investigado está suficientemente identificado, descrito e mensurado no nível local e nacional por pesquisas censitárias e amostrais. Dentre essas pesquisas, são explicitamente apontadas as realizadas pelos órgãos oficiais como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); trabalhos do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); bem como por informações provenientes de outras fontes institucionais ligadas aos movimentos sindical, feministas e aos Organismos Internacionais.

Finalmente, no que tange ao grau de generalização das informações a pesquisa trabalha com dados de parte acentuadamente restrita do universo das mulheres negras brasileiras, considerando, porém, que a representatividade de sua fala está fundamentada na homogeneidade da situação e condição de vida do recorte em relação a esse universo.

3.2 Caracterização da técnica

A técnica de coleta de dados escolhida para esta pesquisa é a entrevista considerada “a técnica mais adequada para a revelar informações sobre

assuntos complexos, emocionalmente carregados ou para verificar os sentimentos subjacentes a determinada opinião apresentada”¹⁵⁰. Deve-se ressaltar, porém, que apesar de todas as entrevistas terem sido gravadas e tomadas mediante consentimento livre e esclarecido, atestado por escrito e verbalmente (anexo 2), caracterizando assim uma relação formal de pesquisa, a pesquisadora procurou propiciar a livre expressão de sensações, emoções e idéias das entrevistadas, considerando a espontaneidade fundamental para cumprir o propósito de captar a visão de mundo em um trabalho de campo:

“Para que uma descrição verbal seja aceita por seu valor aparente precisa ser provocada em circunstâncias que estimulem a maior liberdade possível e a honestidade de expressão (...) Com relação a muitas questões, uma entrevista tende a obter maior êxito na criação de uma atmosfera que permita à pessoa exprimir sentimentos ou descrever comportamentos geralmente desaprovados”¹⁵¹.

Os sujeitos de pesquisa foram localizados de forma caracterizada como acidental, por meio de contatos pessoais da pesquisadora com moradores das áreas abarcadas pelo estudo. A escolha de cada uma das entrevistadas deveu-se, então, a seu local de moradia assim como ao fato de se encaixarem nas demais variáveis fixas que determinam as características do perfil do grupo pesquisado: serem mulheres, reconhecidas em seu grupo social como negras e terem idade compreendida em uma das três faixas etárias delineadas no estudo. O encontro foi agendado previamente e oito deles ocorreram nos finais de semana.

Nove entrevistas em três localidades foram feitas nas residências das entrevistadas. As outras três, do total de doze, foram concedidas em espaço aberto, em local próximo a uma instituição de caridade que presta assistência à

população carente, localizada na área onde as mesmas moram. Nesta instituição trabalha uma entrevistada e outras duas eram beneficiárias dos programas de assistência. Nesse caso, a entrevista foi feita fora da instituição e dos olhos e ouvidos de quaisquer outras pessoas que pudessem inibir a livre expressão das entrevistadas. Assim, em todos os doze casos, apesar das entrevistas terem sido solicitadas e concedidas, assemelharam-se a uma conversa informal durante a qual a pesquisadora procurou conquistar a confiança das entrevistadas que, ao final caracterizaram o processo como “bom”; “fácil”; “legal” e “agradável”.

Se a quantidade inicialmente prevista no projeto de pesquisa era de 21 entrevistas, tomadas em sete Regiões Administrativas distintas, o trabalho de campo mostrou que essa quantidade poderia ser muito menor, já que com as doze entrevistas que compõem a análise aqui apresentada foram obtidos os pontos de consenso e de diferença acerca das experiências relatadas ¹⁴⁸, tornando possível identificar e descrever as principais características do grupo estudado. De fato, a lógica da pesquisa qualitativa obedece ao princípio de “saturação”, o que implica em admitir que, a rigor, a quantidade de entrevistas não pode ser definida *a priori*, mas a partir de um processo progressivo de inclusão: “O ponto de saturação é avaliado pelo(a) pesquisador(a) face aos seus objetivos de pesquisa. Os estudos qualitativos, como se sabe, não buscam a generalização, mas o aprofundamento de processos e vivências” ¹⁵².

O trabalho de campo foi realizado seguindo um roteiro pré-estabelecido com 120 tópicos (anexo 3). Esse roteiro foi dividido em blocos, considerando primeiro as questões mais objetivas, relacionadas ao perfil da entrevistada e

suas condições socioeconômicas. Esse bloco corresponde ao que neste trabalho é considerado *qualidade de vida*. O roteiro envereda paulatinamente para questões mais subjetivas relacionadas à vida pessoal e íntima da entrevistada, seus gostos, hábitos, sua visão de mundo e representações. Esse bloco corresponde ao que neste trabalho é considerado *qualidade de saúde*. A parte final do roteiro busca levantar a opinião das entrevistadas sobre o atendimento que recebem nos serviços de saúde, associando informações objetivas sobre o atendimento à avaliação subjetiva que dele fazem. Esse bloco corresponde ao que neste trabalho é considerado *qualidade de atenção à saúde*.

Os tópicos tratados no primeiro e segundo blocos do roteiro foram baseados na versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida desenvolvido pela OMS, WHOQOL – 100⁹. Apesar de seguirem esse instrumento, as questões relativas ao perfil socioeconômico foram adaptadas para refletir aspectos pertinentes da realidade brasileira. Essa adaptação baseou-se no questionário desenvolvido por pesquisadores do Departamento de Serviço Social da UnB para o *Projeto Integrado de Pesquisa – CNPq: Pobreza Política e Direitos*¹⁵³, que levanta entre outras coisas o recebimento de auxílio monetário fixo e o quanto a pessoa se preocupa com dinheiro. Já o que se refere à percepção do próprio corpo, a descrição do dia típico, os horários de dormir e acordar, o tempo de sono, assim como a comparação entre a vida das mulheres e dos homens, foram adaptadas da pesquisa de campo *Sexualidade da Mulher Brasileira – Corpo e Classe Social no Brasil* aplicada no Rio de Janeiro, Pernambuco e São Paulo na década de 1980¹⁵⁴. O

terceiro bloco foi baseado no questionário aplicado no projeto *Quo Vadis?* (¹⁵⁵), pesquisa empreendida pelo Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP), ligado Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (CEAM), da UnB.

O tempo de duração de cada entrevista variou bastante, sendo que as mais longas demoraram duas horas e meia e as mais rápidas aproximadamente 40 minutos. Essa variação deveu-se principalmente ao fato das entrevistas estarem sendo gravadas, condição que permitiu apartes, mudanças de assunto, exemplos, piadas, choro e relato de circunstâncias não estritamente relacionadas às perguntas. Algumas vezes a conversa se desdobrava, gerando grandes explicações, como ocorria freqüentemente em relação ao local de nascimento, casamento, separação ou morte de parentes. Também, em muitos casos, ao discorrer sobre um tópico a entrevistada já abordava o seguinte, diminuindo assim o tempo da entrevista, de cerca de uma hora em média.

As principais considerações sobre os tópicos que compuseram o roteiro são descritas e explicadas a seguir:

O primeiro bloco procura levantar aspectos relacionados à qualidade de vida, abarca questões relativas à situação socioeconômica, incluindo condições da moradia (própria, alugada ou cedida); considerando também como a entrevistada qualifica sua casa; se tais características atendem às necessidades dos habitantes; quantas pessoas moram; quem mantém a casa; se recebe algum auxílio do Governo, assistência de Igrejas, do ex-companheiro, família, amigos; se considera o ambiente seguro; se gosta de onde mora e por que; se considera o ambiente físico saudável (clima, barulho,

poluição, atrativos); se têm problemas de transporte e quanto isso acarreta dificuldades. Além dessas, esse bloco levanta também quanto se preocupa com dinheiro; se o dinheiro de que dispõe é suficiente para satisfazer as próprias necessidades e da família; se já esteve em melhor situação financeira e; se provêm de família chefiada por mulher.

O segundo bloco procura levantar fatos do cotidiano, impressões e expectativas em relação à qualidade de saúde. Assim compõe esse bloco tópicos relacionados ao estado civil: se é casada (ou se já foi) é perguntado como é a relação com o marido; se gosta dele; porque se casou; se já foi casada mais de uma vez é perguntado por que rompeu o(s) relacionamento(s) anterior(es). Também é solicitada a descrição do tempo despendido nas atividades cotidianas; como realiza essas tarefas; se recebe ajuda para realizá-las e de quem; quais as sensações e emoções que experimenta no cotidiano. No que tange aos aspectos relacionados ao trabalho, inicialmente foi pensado verificar se a entrevistada trabalha ou já trabalhou; por quanto tempo; que atividade realizou. Porém, devido ao fato de todas as entrevistadas trabalharem ou já terem trabalhado como empregadas domésticas, foram acrescentadas as seguintes perguntas: como considera essa atividade; porque trabalhou nessa atividade; se gosta desse trabalho e; caso não goste, do que e por que não gosta.

Além disso, fazem parte desse bloco os tópicos alimentação, sono, sexo, cuidados corporais e aparência. Em relação a essa última, vale ressaltar que se buscou levantar quanto considera a aparência importante e por que; e se sente-se inibida com alguma coisa na própria aparência. Além delas é

perguntado se é preocupada e por quais razões; se sente-se solidão; se sente tristeza ou depressão; se isso interfere no dia-a-dia; com que frequência se sente cansada ou mal humorada; em que situação isso acontece e; se consegue se concentrar. São levantadas também as formas de lazer; como aproveita o tempo livre; quanto experimenta sentimentos positivos em relação à própria vida e o quanto está satisfeita com a vida que leva. Para verificar a relação entre o projeto de vida e a realidade é perguntado o quê, quando criança, queria ser quando crescesse.

Por fim, é pedido que comparem a vida das mulheres e dos homens; dos negros e dos brancos; dos ricos e dos pobres. Se alguma desigualdade é apontada em qualquer uma dessas comparações, é perguntado como se sente em relação à isso; que sentimentos provoca e; o quanto isso afeta sua vida.

O terceiro bloco aborda os tópicos relativos ao processo de adoecimento e à qualidade da atenção à saúde. É perguntado se sofre de alguma doença e caso afirmativo qual; se já se submeteu a algum tratamento e se toma regularmente algum remédio; se sente cotidianamente algum desconforto físico ou dor que dificulte ou impeça de fazer o que precisa. Quanto ao atendimento, é perguntado se utilizam os serviços de saúde e para que; com que frequência; qual o serviço que vai mais constantemente (posto, centro de saúde ou hospital); se consegue a consulta de que precisa e o que precisa fazer para consegui-la; se enfrenta filas; quanto tempo demora até ser consultada; como é tratada; quanto tempo dura a consulta; se entende o que os profissionais dizem; se sai da consulta satisfeita. Especificamente em relação ao

atendimento no ciclo gravídico puerperal: se fez pré-natal; quantas consultas; se o(s) parto(s) foi (foram) na rede pública; como foi tratada e como se sentiu.

Embora o roteiro da entrevista tenha sido preenchido pela entrevistadora no momento da tomada dos depoimentos, todo material gravado em cada uma delas foi transcrito, sendo assim possível proceder a análise a partir dessas duas técnicas de registro. Dada a característica dos dados levantados, o registro gravado revela-se essencial à posterior análise, pois possibilita resgatar períodos longos assim como as nuances no tom, altura e ritmo da voz. Os silêncios e a ênfase do discurso sublinham a moralidade subjacente à fala, explicitando (às vezes mais do que as próprias palavras) as dúvidas e certezas, os temores e a indignação.

Para facilitar a análise (e a leitura) a apresentação desses tópicos no capítulo de Discussão não segue literalmente o ordenamento do roteiro, buscando inter-relacionar os temas tratados, que, no entanto, são alinhados nos grandes grupos que organizam o trabalho: qualidade de vida, qualidade de saúde e qualidade da atenção à saúde. Cada um deles, por sua vez, foi subdividido em categorias, para facilitar o ordenamento do material. Além disso, é preciso advertir que as falas foram reproduzidas tal como pronunciadas e que, portanto, algumas delas não seguem as regras da linguagem escrita. Em alguns casos as elipses são explicitadas para facilitar e compreensão e em uma fala se optou por transcrever também a ênfase do discurso porque pareceu necessário à elucidação da mensagem.

3.3 Caracterização dos sujeitos

O recorte metodológico da pesquisa para reproduzir o perfil das entrevistadas, mulheres negras na base da pirâmide social, contemplou as variáveis sexo, cor, classe social, incorporando ainda idade, como um possível fator de diferenciação. Essas variáveis definem a pertinência da participação da entrevistada, identificando-a (ou não) ao recorte.

Em relação ao sexo foram entrevistadas apenas mulheres. No que tange à cor foram escolhidas aquelas que são apontadas em seu meio social como negras, definição que engloba mulheres pretas e pardas, segundo os critérios adotados pelo IBGE. Em relação à classe social foram selecionadas aquelas que em função de sua escolaridade e bens inscrevem-se nas classes “D” e “E”, tal como define a Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado (ABIPEME) ¹⁵⁶.

Não obstante a especificidade da definição desses parâmetros é necessário tecer ainda algumas considerações sobre eles, sobretudo em relação àqueles que mesmo obedecendo a um critério classificatório amplamente reconhecido se revelam controversos, como é o caso do quesito cor e da definição de classe social. Além destes, considera-se pertinente considerar também a aspectos relativos às variáveis idade, escolaridade e estado civil.

No que diz respeito à idade as entrevistadas foram selecionadas segundo três faixas etárias, definidas pela OMS para classificação de grupos

etários: as jovens, até 24 anos de idade, as idosas, a partir dos 60 anos e as adultas, com idades compreendidas no intervalo entre essas duas faixas limite.

Em relação ao quesito cor, como recorte desta pesquisa buscou levantar a qualidade de vida de mulheres que poderiam sofrer discriminação em decorrência de sua cor, participaram do grupo estudado mulheres que assim eram definidas em seu meio social, mesmo nos casos daquelas que não se definiram como negras no momento inicial da entrevista, mas e que ao longo da conversa identificaram-se como vítimas de discriminação por cor. Deve-se ressaltar, no entanto, que a participação de cada entrevistada foi sugerida à entrevistadora por uma habitante local, pessoa que se define como negra.

Em relação à definição de classe social aqui utilizada também se faz necessário apontar o porque da escolha de um parâmetro tão distante da extensa produção sociológica, que, partindo de distintas perspectivas teóricas e ideológicas, formalizou o uso do conceito ainda no Século XIX e vem discutindo intensamente sua aplicação ao longo de todo Século XX ⁹⁶. Longe de negar tal tradição, a escolha dessa definição decorre, na verdade, de uma opção minimalista, haja vista que para os propósitos do trabalho de campo e da análise posterior dos dados levantados era necessário apenas limitar a seleção das entrevistadas segundo critérios econômicos e sociais que permitissem defini-las como pertencendo ao segmento social que se encontra na base da pirâmide social no país. A forma de classificação escolhida atende a esses requisitos, pois define o pertencimento a uma determinada classe, a partir de critério socioeconômico, que enquadra as pessoas nas classes A, B, C, D ou E, considerando a escolaridade, posse de determinados itens de conforto, como

televisor, geladeira e automóvel, assim como a possibilidade de contar com o trabalho de empregados domésticos ¹⁵⁶. Tal associação permite inferir ainda uma relação indireta entre consumo e renda, suficiente para alinhar as especificações do recorte a essa forma de caracterização do perfil. Não obstante essa forma de classificação faz-se referência à classe das entrevistadas utilizando, em alguns momentos, a categoria classes populares ⁹⁶.

Quanto à variável etária, as entrevistas foram feitas com mulheres entre 13 e 63 anos de idade, intervalo etário que permite perceber algumas das transformações na conjuntura do país neste período de tempo. As idosas nasceram na década de 1940 e as condições de sua infância revelam muito da moralidade que pautava o país rural que o Brasil ainda era naquele período. As adultas, nascidas em pequenas cidades do interior, revelam a transformação nas moralidades, ocorrida nas décadas seguintes, decorrente das mudanças na estrutura social, que definia tradicionalmente a construção das identidades e os padrões de pertencimento. As jovens, que já nasceram em capitais de Estados ou no DF, demonstram em suas falas o impacto dessas transformações. Na comparação entre esses três conjuntos de respostas é possível estabelecer os aspectos das moralidades que se mantiveram estáveis na sociedade brasileira ao longo desse período, como a subordinação do sexo feminino na esfera doméstica, assim como outros que se alteraram, como a inserção das mesmas no mundo do trabalho e na esfera pública.

As perguntas sobre local de nascimento e procedência permitem retratar com clareza a migração para as áreas urbanas, correlacionando-se aos

indicadores dos fluxos demográficos nacionais. Nesse sentido, a relação entre idade e local de nascimento das entrevistadas permite perceber o processo migratório como um fluxo, que se desloca das áreas rurais para as urbanas, dos pequenos para os grandes centros.

Também a escolaridade da entrevistada e a escolaridade, idade e sexos de seus filhos, podem refletir o aumento da escolaridade da população em geral e das mulheres em específico. O número de filhos e sua idade podem mostrar a tendência à diminuição no número de filhos, retratado por instrumentos censitários e amostrais. Por fim, a pergunta sobre quantos filhos estão vivos, que inevitavelmente desencadeia o relato de como e quando morreram, permite estabelecer paralelo com indicadores de mortalidade infantil, mortalidade por agravos externos e expectativa de vida ao nascer.

As variáveis estado civil e quantos casamentos completam a tipificação do perfil, contribuindo para levantar a moralidade que orienta a visão de mundo da entrevistada. É importante salientar que, nesta pesquisa, estado civil corresponde à situação conjugal, sendo definidas como casadas todas as mulheres com vínculos estáveis e que vivem em regime de coabitação, sendo legalmente casadas ou não. Tal classificação, que espelha a moralidade em relação à fidelidade conjugal, sopesa e contrapõe padrões de comportamento pautados pelo exercício da liberdade individual e a esfera do compromisso social ¹⁵⁷.

3.4 Caracterização do campo

No quadrilátero do Distrito Federal vemos um retrato 3x4 do quadro de extrema desigualdade econômica do país. O DF é uma célula que reproduz os problemas do corpo social brasileiro. As desigualdades entre mulheres e homens, negros e brancos estão amplamente caracterizadas nos núcleos urbanos, evidenciando que a situação de grande parte da população reproduz as disparidades que marcam a realidade nacional no acesso aos direitos fundamentais.

Os locais escolhidos para o trabalho de campo Samambaia, Cidade Itapoã, Lixão da Estrutural e Girassol, caracterizam-se como aglomerações subnormais, dois deles podendo ser identificados como favelas, as invasões da Cidade Itapoã e Lixão da Estrutural, e dois como assentamentos, Girassol e Samambaia.

As três primeiras fazem parte do DF e a quarta, Girassol, é um assentamento próximo à cidade de Águas Lindas, área fronteira entre o DF e o Estado de Goiás (GO), que abriga população que depende economicamente da capital federal, trabalhando em diversas cidades do DF, inclusive no Plano Piloto. A inclusão desse último local no estudo buscou verificar se a condição de vida das entrevistadas relacionava-se apenas à área geográfica na qual viviam, no caso o Distrito Federal, ou se a situação na qual se encontram transcende esses limites territoriais. Tal preocupação também se liga à possibilidade de generalizar as informações obtidas a partir dos dados levantados.

Embora bastante diferentes entre si, os dois assentamentos são locais bem mais cuidados. Samambaia, por ser a primeira região a concentrar a política populista de doação de lotes, iniciada no final da década de 1980, é dotada de rede de esgoto, iluminação, pavimentação, calçamento, telefonia fixa e alguma arborização nas principais vias públicas, o que a torna o modelo ideal para todas as outras localidades. Já o Girassol carece desses serviços essenciais tanto quanto qualquer invasão, não contando com infra-estrutura básica ou serviços públicos que caracterizam a qualidade de vida. Apesar dessas deficiências, o traçado das ruas é ordenado e a rua principal pavimentada. Esse assentamento apresenta características próprias à área rural, que implicam na maior presença de vegetação rasteira e arbustiva, fundamentais para atenuar a sensação térmica provocada pelo clima desértico na Região Centro-Oeste. A vegetação nessas áreas aumenta a qualidade de vida dos moradores, pois ameniza, um pouco, o desconforto causado pela seca.

As invasões são locais extremamente precários, sem nenhum planejamento urbano, esgotamento sanitário, drenagem pluvial, coleta de resíduos sólidos, sistema viário, inclusive sem pavimentação ou calçamento, iluminação pública, ligações intra-domiciliares de eletricidade, sistema de telefonia, serviços públicos (posto de saúde, creche e áreas de lazer). As ruas são consumidas pela erosão e muitas delas terminam abruptamente, invadidas por uma casa, que ocupou espaço além do planejado. O crescimento urbano desordenado e o aumento constante da população caracterizam os dois locais: o Lixão da Estrutural abrigava em 2004 aproximadamente 20.000 pessoas ¹⁵⁸,

tendo dobrado essa quantidade em 2006, segundo estimativas oficiais ¹⁵⁹. Embora não tenha sido possível levantar dados oficiais, Cidade Itapoã não fica muito atrás, disputando a primeira a inglória condição de maior favela do DF.

Comparando as quatro localidades, Samambaia é aquela que congrega melhor infra-estrutura básica e serviços públicos, sendo uma Região Administrativa (RA), situação que implica em administração mais focalizada nos problemas da comunidade. Girassol depende administrativamente de Águas Lindas de Goiás, situação que não lhe garante gestão ou recursos próprios. Por ser apenas uma invasão, Cidade Itapoã está na mesma situação administrativa, já que encontra encravada na RA do Paranoá. Em relação à autonomia administrativa, o Lixão da Estrutural é a área em pior situação. Sendo uma favela próxima ao centro de Brasília, nas margens da DF-095 e na divisa com o Parque Nacional, esta aglomeração subnormal encontra-se em terras públicas, circunstância comum no DF, que tende a produzir vácuos administrativos.

Quanto aos patamares médios de renda auferida nessas localidades, pode-se inferir que todas congregam população pobre. Samambaia, que dentre as quatro concentra pessoas com maiores rendimentos, tem renda média 40,0 % menor que a renda média do DF. Também é bastante pobre a RA do Paranoá, cuja população tem um nível médio de renda 50,0 % aquém da média do DF. Embora não tenha sido possível levantar dados específicos sobre Cidade Itapoã deve-se considerar que como é uma invasão dentro do Paranoá provavelmente têm renda média ainda menor. Da mesma forma, não foram encontrados dados oficiais sobre o Lixão da Estrutural, mas sabe-se que é

considerado “uma das áreas de maior concentração de pobreza do Distrito Federal” ¹⁵⁹. A mesma situação repetiu-se em relação ao assentamento do Girassol. De maneira geral, o perfil socioeconômico dos habitantes dessas áreas indica que a renda familiar bruta seja de até três salários mínimos mensais, padrão que parece reforçar a classificação por classe social, que situa a possibilidades de consumo da população dessas localidades entre as classes “D” e “E” ¹⁵⁶.

3.5 Considerações gerais sobre o método

Para finalizar esta exposição da metodologia que desenhou o trabalho de campo, parece fundamental ainda sublinhar a relação entre o conjunto de mulheres entrevistadas e o segmento ao qual esse conjunto pertence. Se, em primeira instância, os critérios que pautaram a escolha das entrevistadas decorrem das características físicas relativas ao sexo e cor, tal identificação também se correlaciona a parâmetros traçados por diversos indicadores demográficos e socioeconômicos, fartamente delineados nos instrumentos de mensuração quantitativos, censitários e amostrais, que apontam a desigualdade socioeconômica em diferentes dimensões, como, por exemplo, o acesso à escola, ao trabalho remunerado e à renda. Como os tópicos do roteiro de entrevista levantam e cruzam respostas relativas a esses indicadores, pode-se identificar as mulheres negras entrevistadas como pertencendo a um conjunto mais amplo, o segmento populacional da sociedade brasileira que se encontra na base da pirâmide social.

Tal identificação enfatiza a homogeneidade do recorte e permite inferir que existe uma possibilidade relativa de generalizar os dados levantados a respeito dos juízos morais das entrevistadas, sobre suas situações e condições de vida, para além desse circunscrito conjunto de 12 entrevistas, projetando-os para o conjunto populacional mais amplo. Em decorrência disso, não parece ousadia afirmar também que os dados levantados nessa pesquisa de campo apontam uma situação de iniquidade que atinge todo segmento.

Cabe ainda salientar dois aspectos concernentes à característica da metodologia aplicada nesta tese. O primeiro deles diz respeito ao fato da proposta teórico metodológica buscar apreender a realidade social por meio da dissociação do conceito *qualidade de vida* nas categorias de qualidade de vida, de saúde e de atenção à saúde. Cada uma dessas categorias, subdivididas a partir de características relacionadas em maior ou menor grau à dimensão material, evidencia que o conceito *qualidade de vida* deve ser entendido de forma abrangente, estendendo-se da dimensão social à área da saúde, enfocada a partir dos serviços que dispensam cuidados médicos.

Relacionado ao primeiro, o segundo aspecto diz respeito à definição do corpo como parâmetro fundante da análise empreendida na *Discussão*. Foi possível mesclar elementos objetivos na análise dos dados subjetivos levantados em campo porque estes se baseiam na corporeidade, o que confere unidade ao material, tornando possível perceber como as experiências subjetivas das mulheres negras entrevistadas refletem a realidade social objetiva, quantitativamente mensurável, que condiciona suas vidas. Ou seja, é

por meio de suas experiências corporais, de suas sensações e interpretações subjetivas, que estas mulheres captam e explicam o mundo que as cerca.

A realidade que advém da subjetividade é o que se buscou apreender a partir do roteiro de entrevista. Embora esse instrumento tenha sido delineado para captar a experiência enquanto corpo, ou seja, a existência física e social concreta das entrevistadas, foi contraposto a outras formas de quantificar a experiência da realidade, também mensuráveis, que apontam as condições objetivas sob as quais se dá essa experiência. Este último material, já citado ^{12;13;14;15;16} são os levantamentos feitos por pesquisas quantitativas, que apontam os elementos infra-estruturais da vida material que estão presentes ou ausentes em seu cotidiano, os quais sejam arbitrariamente, ou consensualmente, tidos como imprescindíveis.

No tocante aos aspectos subjetivos é importante esclarecer ainda que os sub-itens específicos, que organizam cada uma das categorias analíticas, têm como fundamento as sensações de dor e prazer, com as quais todos estão relacionados. Mesmo quando as sensações de dor e prazer se apresentam de maneira mais elaborada ou complexa, associadas a outros conceitos ou formas de classificar a experiência da realidade, elas permanecem como base da estrutura simbólica do pensamento. Assim, o prazer e a dor demarcam o campo da experiência no/do mundo, constituindo-se os estímulos primordiais que movem o ser humano adiante em sua vida, dotando a existência de sentido e conferindo a perspectiva de continuidade no tempo.

Para concluir é preciso colocar ainda que, apesar da metodologia utilizada não ser propriamente inovadora, especialmente nas Ciências Sociais,

e especificamente na Antropologia, pode trazer aportes à reflexão no campo da Bioética, cuja perspectiva ainda está bastante colada ao viés biomédico. Ao explicitar a interface entre os fenômenos observados na realidade social e os percebidos na atenção à saúde, a adoção de tal metodologia pode contribuir para apontar os fatores determinantes ou condicionantes dos dilemas éticos imediatos da assistência. Ao retratar uma face da realidade social o instrumental utilizado facilita a compreensão dos dilemas e conflitos éticos que acabam por eclodir nos serviços de atenção à saúde, mas que não podem ser respondidos apenas ali, sob risco de se eternizarem.

Há que se mencionar, contudo, uma limitação deste método, observada nas situações em que os dados foram interpretados. Ao fazer tais interpretações considerou-se que a realidade vivenciada pelas entrevistadas configurava-se nos limites do inconcebível, expressando aspectos de seu cotidiano insuportáveis de serem pensados e expressados por elas. Desse modo, tais pontos correm o risco de ficarem submetidos a uma duplicidade de interpretações subjetivas, sendo a primeira a dos próprios sujeitos e a segunda a da pesquisadora. Porém, considerando que não existe neutralidade axiológica do pesquisador, seja no momento de recortar o campo, levantar os dados, ou em sua análise, optou-se por realizar essas interpretações, mas sempre com o cuidado de evidenciar que isso estava sendo feito, diferenciando com precisão o que emergia diretamente das falas das entrevistadas e que somente vinha à tona por esta forma de análise do material.

4 Resultados e discussão

Este capítulo subdivide-se em quatro partes. Na primeira são apresentadas as características comuns no perfil das entrevistadas a partir de uma subdivisão por faixa etária, idosas, adultas e jovens, classificação utilizada também nas partes subseqüentes, nas quais se analisa os dados levantados a partir das categorias *qualidade de vida*, *qualidade de saúde* e *qualidade de atenção à saúde*.

4.1 Perfil por faixa etária

4.1.1 Idosas

M1., 63 anos, natural de Teófilo Otoni no Estado de Minas Gerais, nascida e criada em área rural, analfabeta, treze filhos, casada há 50 anos, moradora de área rural próxima a um assentamento. Só casou uma vez, obrigada pelo pai. Define-se como morena. Tentou estudar no Mobral, mas desistiu. Trabalhou na roça e como empregada doméstica desde os treze anos, quando casou. Posteriormente foi cozinheira, diarista, faxineira. Começou a trabalhar na propriedade paterna ainda criança. É aposentada há um ano e recebe R\$ 450,00. Sua casa é própria. Não gosta de ser casada e define sua vida sexual como horrível. Acha seu corpo horrível e não gosta, descreve sua aparência como feia. Sente-se inibida por suas unhas. Não tem maiores cuidados de beleza, principalmente desde a morte de um filho. Sente-se sozinha, descreve-

se como triste. Sente-se muito cansada no cotidiano e preocupada por pressões econômicas e segurança dos familiares. Seu dinheiro não dá para o mês todo. Em sua casa moram regularmente três pessoas, número que pode aumentar quando algum dos filhos tem algum percalço e volta para casa. Três outros filhos moram em casas no mesmo terreno. Freqüenta igreja, que é sua maior diversão. É católica. Gosta de se relacionar com os filhos e acha que as pessoas gostam dela. Sua expectativa para o futuro relaciona-se ao bem-estar dos filhos. Já se sentiu maltratada por ser mulher e não se sentiu discriminada por ser negra ou pobre. Tem pressão alta, problemas na bexiga e dores nos braços e coluna vertebral. Freqüenta o posto de saúde e considera bom o atendimento. Tem dificuldade de marcar consultas e exames em outras unidades. Já fez o exame de papanicolau uma vez. Nunca tomou anticoncepcional. Só fez pré-natal dos dois filhos mais novos, sofreu dois abortos e perdeu um bebê e um filho adolescente. Teve partos em casa e na rede pública.

M2., 62 anos, natural de Ubatã no Estado de Minas Gerais, nascida e criada em área rural. Analfabeta na infância, adolescência e parte da vida adulta, concluiu o Ensino fundamental há um ano. Tem sete filhos vivos de um total de dez. Foi casada uma vez por 30 anos e atualmente é separada, pois o marido era violento e batia nela. É moradora de um assentamento. Define-se como negra. Começou a trabalhar aos dez anos como empregada doméstica, levada pela patroa e, posteriormente, passou a trabalhar como faxineira. Faltam-lhes dois anos para a aposentadoria, período que considera demasiado longo.

Recebe R\$ 500,00. Sua casa é própria. Não gostou de ser casada e define sua vida sexual naquele período como péssima. Acha seu corpo feio e não gosta dele, descreve sua aparência geral como feia. Não se sente inibida por nenhuma particularidade. Tem vários cuidados de beleza, utiliza cremes e produtos para o rosto e corpo e pinta o cabelo. Sente-se sozinha, descreve-se como triste, principalmente desde a morte do filho mais velho. Sente-se muito cansada no cotidiano e preocupada por pressões econômicas e segurança dos familiares. Seu dinheiro não dá para o mês todo, mas procura priorizar as contas com data de pagamento. Em sua casa moram regularmente nove pessoas, entre filhos e netos. Três outros filhos moram em casas no mesmo terreno. Freqüentar a igreja é sua maior diversão. É presbiteriana. Gosta de se relacionar com os filhos e acha que as pessoas gostam dela, principalmente os vizinhos. Suas expectativas para o futuro relacionam-se ao bem-estar dos filhos e a conseguir a aposentadoria. Já se sentiu maltratada por ser mulher, se sentiu discriminada por ser negra e também por ser pobre. Tem dores nos braços, coluna vertebral e quando em crise, dificuldade para se movimentar. Se necessário freqüenta o posto de saúde e considera o atendimento péssimo. Tem dificuldade de marcar consultas e exames em outras unidades e já teve que recorrer a tratamento em hospital particular. Já fez o exame de papanicolau uma vez. Nunca tomou anticoncepcional. Fez pré-natal dos filhos mais novos, sofreu um aborto, perdeu dois bebês logo após o nascimento e um filho adulto. Teve parto em casa e na rede pública.

M3, 63 anos, natural de uma pequena localidade próxima a João Pessoa que ela não soube precisar o nome, no Estado da Paraíba. Nascida e criada em área rural, analfabeta, cinco filhos, foi casada durante 32 anos com um único marido. Atualmente moradora de um acampamento do MSRT é domiciliada em uma invasão. Define-se como negra. Não tentou estudar depois de adulta. Trabalhou como empregada doméstica na infância, levada pela futura patroa aos oito anos até o final da adolescência. Não trabalhou fora quando adulta e recebe pensão pela morte do marido no valor de R\$ 450,00. Sua casa é própria. Seu dinheiro não dá para o mês todo, mas não se sente muito pressionada por isso, pois quando necessário os filhos a ajudam. Em sua casa moram regularmente cinco pessoas, número que pode aumentar quando recebe algum dos filhos. Gostava muito do marido, de ser casada e define sua vida sexual como ótima. Gosta de seu corpo e descreve sua aparência como boa. Não se sente inibida por nenhuma particularidade. Não tem maiores cuidados de beleza, mas gosta de se arrumar. Não se sente sozinha e descreve-se como alegre. Não se sente cansada no cotidiano e diz que gosta de trabalhar até ficar cansada. É preocupada pela segurança dos familiares. Freqüenta igreja que é sua maior diversão e faz trabalho voluntário como cozinheira nos sábados. É espírita. Gosta de se relacionar com os filhos e acha que as pessoas gostam dela, especialmente as crianças no MSRT e vizinhos nos dois locais. Sua expectativa para o futuro relaciona-se ao bem-estar dos filhos e a ganhar uma terra aonde possa criar animais, como porcos e galinhas. Já se sentiu discriminada por ser mulher e por ser pobre, mas não se sentiu discriminada por ser negra. Não tem doenças, nunca foi ao médico, mas

considera o atendimento recebido pelo marido durante uma internação do SUS muito bom. Nunca fez o exame de papanicolau nem tomou anticoncepcional. Nunca fez pré-natal, sofreu alguns abortos, mas não sabe precisar quantos e perdeu um filho bebê. Teve seus partos em casa.

M4, 59 anos, natural de aurora no Estado do Ceará, nascida e criada em área rural. Analfabeta, treze filhos, e dez vivos. Foi casada inúmeras vezes, mas não sabe precisar quantas. Está em uma relação estável há 14 anos. Moradora em invasão. Define-se como morena. Está tentando estudar no Mobral, o qual frequenta três vezes por semana. Trabalhou como empregada doméstica e vendedora ambulante na adolescência, a partir dos 17 anos, assim como por períodos intermitentes na vida adulta. Atualmente faz artesanato em *crochet*, mas não tem dinheiro para investir ou como vender as peças que produz. Recebe R\$ 120,00 de Bolsa Escola de duas filhas e do Vale Gás. O marido trabalha sazonalmente como jardineiro uma parte do ano (na chuva). Deseja se aposentar, mas nunca recolheu contribuição previdenciária. Atualmente não gosta de ser casada e define sua vida sexual como ruim. Considera-se gorda, não gosta de seu corpo ou de sua aparência e se sente inibida por isso. Não tem maiores cuidados de beleza e só se arruma para sair de casa quando põe, inclusive a dentadura, que a incomoda. Já deu dois filhos para terceiros e deixou outros dois com sua mãe, por não poder criá-los. Sente muito o afastamento de um filho que tem problemas mentais e foi dado à adoção. Sente-se muito sozinha, descreve-se como muito triste. Sente-se muito cansada no cotidiano e preocupada por pressões econômicas e segurança dos

familiares. Em sua casa moram regularmente cinco pessoas. Seu dinheiro não dá para o mês todo e mal dá para a alimentação. Freqüenta igreja, que é sua grande diversão, mas não é assídua. É católica. Gosta de se relacionar com os filhos e acha que as pessoas gostam dela. Sua expectativa para o futuro relaciona-se ao bem-estar dos filhos e a conseguir a aposentadoria. Já se sentiu maltratada por ser mulher e não se sentiu discriminada por ser negra ou pobre. Tem dores nos braços e coluna vertebral e quando em crise, dificuldade para se movimentar. Se necessário freqüenta o posto de saúde, mas como considera o atendimento péssimo, só procura esses serviços em caso de extrema necessidade. Tem dificuldade de marcar consultas, exames ou mesmo ser atendida em outras unidades. Já fez o exame de papanicolau uma vez. Nunca tomou anticoncepcional. Fez pré-natal, mas não sabe precisar quantas consultas, sofreu abortos, mas também não sabe precisar quantos. Perdeu um filho adulto. Teve os partos em hospital.

4.1.2 Adultas

M5., 30 anos, natural de área próxima a Governador Valadares no Estado de Minas Gerais. Nascida e criada em área rural estudou até a 4ª série do Ensino Fundamental. Foi violentada pelo pai. Têm três filhos. Foi casada por sete anos e está se separando. Foi seu único casamento, mas teve um filho em relacionamento anterior, no qual foi traída e abandonada. Mora em uma invasão. Não sabe definir sua cor. Trabalhou como empregada doméstica

desde os treze anos e atualmente trabalha fazendo limpeza em empresa. Recebe R\$ 380,00. Sua casa é própria. Não gostava de ser casada e define sua vida como horrível, inclusive a parte sexual, que considera ter sido estável. Gosta de seu corpo, mas não de sua aparência, que define como feia, pois queria poder tratar dos dentes e dos cabelos que lhe deixam inibida. Não tem maiores cuidados de beleza, porque não tem dinheiro, mas sempre que possível se arruma. Sente-se sozinha, descreve-se como triste. Sente-se muito cansada no cotidiano e preocupada por pressões econômicas e segurança dos familiares. Seu dinheiro não dá para o mês todo e mal dá para a alimentação. Em sua casa moram regularmente cinco pessoas, número que pode aumentar quando algum parente precisa morar em sua casa. Vai a igreja, mas não é assídua. É católica. Gosta de se relacionar com os filhos que são sua maior diversão e acha que as pessoas gostam dela. Suas expectativas para o futuro relacionam-se a melhorar sua habitação e ao bem-estar dos filhos. Já se sentiu maltratada por ser mulher e por ser pobre, mas não se sentiu discriminada por ser negra. Têm dores de cabeça e às vezes nos braços, ficando também constantemente gripada. Freqüenta o posto de saúde para consultas para os filhos e considera o atendimento ruim. Tem dificuldade de marcar consultas e exames em outras unidades. Já tomou anticoncepcional, mas só usa camisinha porque a oferta do medicamento é escassa. Já fez o exame de papanicolau uma vez. Fez pré-natal incompleto dos três filhos e nunca teve abortamento. Foi atendida em seus partos na rede pública e se sentiu bem tratada.

M6, 46 anos, natural de Parnaíba no Estado do Piauí. Nascida e criada em cidade pequena nunca estudou e atualmente faz supletivo do Ensino Fundamental. Têm três filhos vivos e perdeu um. Está casada por 20 anos e é seu segundo casamento. Separou do primeiro marido por deixar de gostar dele, que definiu como violento. Mora em um assentamento. Identifica-se como negra. Trabalhou como empregada doméstica desde os dez anos, levada por futura patroa e, posteriormente, como cobradora de empresa de ônibus, mas atualmente não trabalha. Deixou de ser empregada doméstica porque sofreu assédio sexual do patrão. Não tem rendimentos, mas o marido é funcionário da CAESB e recebe R\$ 680,00. Sua casa é própria. Não gostava de ser casada e define sua vida como péssima, inclusive a parte sexual. Gosta de seu corpo e de sua aparência especialmente os cabelos lisos. Não tem maiores cuidados de beleza, principalmente desde a morte do filho há dois anos, mas se arruma quando vai sair. Sente-se sozinha, descreve-se como muito triste. Sente-se muito cansada e preocupada. Seu dinheiro não dá para o mês todo, mas ela consegue administrar as contas e pagar aquelas que têm data de vencimento. Em sua casa moram regularmente seis pessoas. Não vai a igreja, e não gosta de padre. É católica. Gosta de se relacionar com os filhos que são seu principal orgulho. Acha que as pessoas gostam dela. Suas expectativas para o futuro relacionam-se ao bem-estar dos filhos e a prosseguir os estudos e se formar. Desde a morte do filho deixou de lado as tarefas domésticas, alternando períodos em que as realiza e outros em que as deixa ao encargo dos demais moradores a casa. Já se sentiu maltratada por ser mulher, por ser pobre e por ser negra. Têm dores de cabeça freqüentes. Toma regularmente calmantes e

antidepressivos, além de consultar-se com psicólogo e psiquiatra pelo SUS. Não vai ao posto de saúde, mas já foi usuária assídua para consultas para os filhos e considera que o atendimento hoje em dia é ruim. Tem dificuldade de marcar consultas e exames em outras unidades. Já tomou anticoncepcional, mas atualmente, se eventualmente precisa, usa camisinha. Já fez o exame de papanicolau uma vez. Fez pré-natal de todos os filhos, nunca sofreu abortamento e perdeu um filho adolescente. Foi atendida em seus partos na rede pública e se sentiu bem tratada.

M7., 30 anos, natural de Barreiras no Estado da Bahia. Nascida e criada em área rural pelos avós, estudou até a 2ª série do Ensino Fundamental. Tem cinco filhos. Foi casada por nove anos e se separou em decorrência da extrema violência do marido. Está casada novamente e gosta muito do marido. Teve quatro filhos no relacionamento anterior e tem um deste. Mora em uma invasão. Define-se como negra. Trabalhou como empregada doméstica desde os treze anos e atualmente só cuida dos filhos e da casa. Não tem rendimentos e vive do trabalho do marido, catador no lixão que consegue receber em média R\$ 300,00 por mês. Sua casa é própria. Gosta de ser casada com o atual marido e define sua vida como muito boa, inclusive a parte sexual, que é sua maior diversão. Não gosta de seu corpo nem de sua aparência que define como muito feia. Não tem maiores cuidados de beleza, porque não tem dinheiro, mas sempre que possível se arruma. Às vezes se sente sozinha. Sente-se muito cansada no cotidiano e preocupada por pressões econômicas e segurança dos familiares e descreve essa sensação como triste. Seu dinheiro

não dá para o mês todo e mal dá para a alimentação. Vai a igreja, mas não é assídua. É católica. Gosta muito de se relacionar com os filhos e acha que as pessoas gostam dela. Suas expectativas para o futuro relacionam-se a melhorar sua habitação e ao bem-estar dos filhos. Já se sentiu maltratada por ser mulher, mas não se sentiu discriminada por ser negra ou por ser pobre. Tem dores de cabeça e acha que tem início de varizes. Freqüenta o posto de saúde para consultas para os filhos e considera o atendimento ruim. Tem dificuldade de marcar consultas e exames em outras unidades. Já tomou anticoncepcional, mas parou porque lhe faz muito mal. Gostaria de colocar o Dispositivo Intra-uterino (DIU), mas como a oferta é muito escassa, acaba usando camisinha mais fácil de conseguir. Já fez exame de papanicolau uma vez. Fez pré-natal, incompleto, na gestação de três dos cinco filhos e nunca sofreu abortamento. Foi atendida em seus partos na rede pública e, em um deles, se sentiu muito mal tratada.

M8, 33 anos, natural de Mor Pará no Estado da Bahia. Nascida e criada em área rural pelos pais, estudou até a 4ª série do Ensino Fundamental. Tem cinco filhos. É casada uma única vez, mas teve um filho de um namoro anterior. Mora em um assentamento. Define-se como parda. Trabalhou como empregada doméstica a partir dos nove anos e atualmente só cuida dos filhos, mas procura desesperadamente um emprego. Não têm rendimentos ou recebe bolsas e a casa onde vive é do marido. Atualmente não gosta mais de ser casada e define sua vida como muito ruim, inclusive na parte sexual, caracterizada pela ausência de relações. Define seu cotidiano conjugal como marcado pela

violência psicológica, exemplificando o fato pela ameaça constante de expulsão de casa. Gosta de seu corpo que considera magro e bonito e de sua aparência que define como bonita. Não tem maiores cuidados de beleza, porque não tem dinheiro, mas sempre que sai de casa se arruma. Se sente sozinha e muito cansada no cotidiano além de preocupada por pressões econômicas e segurança dos familiares. Seu dinheiro não dá para o mês todo e mal dá para a alimentação. Vai a igreja assiduamente, tendo começado há um ano a participar de atividades assistenciais. É católica. Gosta muito de estar com os filhos que são a melhor coisa que aconteceu em sua vida. Acha que as pessoas gostam dela, mas não tanto quanto queria. Suas expectativas para o futuro relacionam-se a ter um emprego para ter uma casa só para ela e sair moradia do marido assim como ao bem-estar dos filhos. Já se sentiu maltratada por ser mulher e se sentiu discriminada por ser negra e pobre. Tem dores de cabeça e problema de tireóide. Freqüenta o posto de saúde para consultas para os filhos e considera o atendimento muito ruim, menos para o filho que tem problemas de visão e se consulta constantemente, em atendimento pré-agendado em hospital. Relata que tem dificuldade de marcar consultas e exames em outras unidades. Já tomou anticoncepcional, mas só usa camisinha porque a oferta do medicamento é escassa. Já fez o exame de papanicolau uma vez. Fez pré-natal incompleto em três gestações dos cinco filhos, pré-natal completo em uma gestação e não fez nenhuma consulta na última gravidez. Nunca sofreu abortamento. Foi atendida em seus partos na rede pública e não se sentiu bem tratada.

4.1.3 Jovens

M9, 24 anos, natural São Luis no Estado do Maranhão. Nascida e criada em periferia da capital estudou até a 8ª série do Ensino Fundamental e deixou a escola ao engravidar. Tem três filhos. É casada há seis anos e esse é seu único casamento. Mora em um assentamento. Define sua cor como morena. Nunca trabalhou fora, mas foi criada pela avó que sempre trabalhou como empregada doméstica. Não tem rendimento próprio e seu marido recebe R\$ 450,00. Mora em casa alugada. Gosta de ser casada e define sua vida como muito boa, inclusive a parte sexual, que considera muito agradável. Gosta de seu corpo e de sua aparência que define como bonita, não se sentindo inibida com nada. Procura devotar-se aos cuidados de beleza, só não fazendo mais tratamentos porque não tem dinheiro. Sente-se sozinha, mas considera que essa sensação logo passa devido ao cuidado constante com os filhos pequenos. Sente-se cansada no cotidiano, especialmente à noite e preocupada por pressões econômicas e segurança dos familiares. Quando está muito cansada sente-se triste. Seu dinheiro não dá para o mês todo e sempre falta alguma coisa, mas dá para o essencial, a alimentação. Em sua casa moram regularmente cinco pessoas. Vai a igreja, mas não é assídua. É católica. Gosta de se relacionar com os filhos que são sua maior diversão e acha que as pessoas gostam dela. Suas expectativas para o futuro relacionam-se comprar uma casa própria e garantir o bem-estar dos filhos. Já se sentiu maltratada por ser mulher, mas não por ser pobre nem se sentiu discriminada por ser negra. Tem dores de cabeça freqüentes. Leva os filhos para consultas no posto de

saúde e considera o atendimento muito ruim. Tem dificuldade de marcar consultas e exames em outras unidades e como o marido tem plano de saúde opta por utilizá-lo, mesmo tendo que tomar ônibus e vir ao DF. Já tomou anticoncepcional, mas só usa camisinha porque a oferta do medicamento é escassa. Já fez o exame de papanicolau uma vez. Fez pré-natal incompleto nas gestações dos três filhos e nunca teve aborto. Foi atendida em seus partos na rede pública, mas não se sentiu bem tratada.

M10, 24 anos, natural de Brasília/Distrito Federal. Nascida e criada em periferia da capital, estudou até a 8ª série do Ensino Fundamental e deixou a escola ao engravidar. Tem dois filhos. É casada há três anos e esse é seu único casamento, mas teve uma filha em relacionamento anterior. Mora em um assentamento. Define sua cor como parda. Trabalhou a partir dos dez anos como babá. Não tem rendimento próprio e seu marido está desempregado. Atualmente mora com a mãe. Gosta de ser casada e define sua vida como boa, inclusive a parte sexual, embora reclame dos ciúmes insistentes do marido, que, por sua vez, a trai com outras mulheres. Gosta de seu corpo e de sua aparência que define como bonita. Se sente inibida por ter parado de estudar. Não tem maiores cuidados de beleza, porque não tem dinheiro, mas sempre que sai de casa se arruma. Sente-se sozinha, mas essa sensação é momentânea devido ao cuidado constante com os filhos pequenos. Sente-se cansada no cotidiano, especialmente à noite e preocupada por pressões econômicas e segurança dos familiares. Também se sente triste. Como não tem dinheiro algum se sente muito mal por depender da mãe e diz que na casa

sempre falta alguma coisa, mas dá para o essencial, a alimentação. Em sua casa moram regularmente sete pessoas. Vai a igreja assiduamente e é protestante. Gosta de se relacionar com os filhos que são aquilo que mais gosta no mundo e acha que as pessoas gostam dela. Suas expectativas para o futuro relacionam-se ter uma casa para morar, de preferência se for própria e estudar para ter uma profissão para garantir o bem-estar dos filhos. Já se sentiu maltratada por ser mulher e por ser pobre, mas não se sentiu discriminada por ser negra. Tem dores de cabeça e resfriados freqüentes. Leva os filhos para consultas no posto de saúde e considera o atendimento péssimo. Tem dificuldade de marcar consultas e exames em outras unidades, mesmo nos casos mais graves. Já tomou anticoncepcional, mas só tem usado camisinha, mas espera poder comprar pílulas em breve. Já fez o exame de papanicolau uma vez. Fez pré-natal completo na primeira gravidez e incompleto na segunda. Nunca sofreu abortamento. Foi atendida em um de seus partos na rede pública e sentiu mal tratada e o outro parto foi em hospital particular, no qual se sentiu bem tratada.

M 11, 17 anos, natural de Planaltina de Goiás/Distrito Federal. Nascida e criada em periferia da capital, estudou até a 2ª série do Ensino Médio e deixou a escola ao engravidar. Têm um filho. É casada há um ano e esse é seu único casamento. Mora há nove meses em uma área rural próxima a um assentamento, no qual morou por toda vida. Define sua cor como morena. Trabalhou a partir dos catorze anos como babá. Não tem rendimento próprio e seu marido trabalha na lavoura. Mora em casa cedida. Gosta de ser casada e

define sua vida como boa, menos a parte sexual. Gosta muito de seu corpo e adora sua aparência, que acha mais do que bonita. Não se sente inibida por nada. Procura ter cuidados de beleza e sempre que sai de casa se arruma. Sente-se freqüentemente sozinha, sensação momentânea, que logo passa devido ao cuidado constante com o filho pequeno. Sente-se cansada no cotidiano, especialmente à noite. Não se preocupa com dinheiro, apenas com a mãe e familiares que passam necessidades. Por causa disso se sente triste e irritada, mas procura reagir. O dinheiro dá para o essencial, a alimentação, principalmente porque onde mora não tem como comprar nada. Em sua casa moram três pessoas. Vai a igreja assiduamente e é católica, mas freqüenta rituais religiosos de qualquer religião. Gosta de ficar com o filho que é de quem mais gosta no mundo e acha que as pessoas gostam dela. Suas expectativas para o futuro relacionam-se ter casa própria e continuar bem casada, com o marido ganhando bem para garantir o bem-estar do filho. Já se sentiu maltratada por ser mulher e por ser pobre, mas não se sentiu discriminada por ser negra. Tem dores de cabeça freqüente e às vezes desmaia. Leva o filho para consultas no posto de saúde e considera o atendimento ruim. Tem dificuldade de marcar consultas e exames em outras unidades, mesmo nos casos mais graves. Já tomou anticoncepcional, mas agora só tem usado camisinha. Já fez o exame de papanicolau uma vez. Fez pré-natal incompleto na gravidez, pois buscou atendimento apenas no sexto mês. Nunca sofreu abortamento. Foi atendida em seu parto em hospital particular pela rede pública e sentiu bem tratada

M12, 13 anos, natural Brasília/Distrito Federal. Nascida e criada em uma cidade satélite mudou-se há dois anos para a invasão onde vive agora. Estuda na 8ª série do Ensino Fundamental e pretende continuar os estudos. É solteira e não tem filhos. Define sua cor como morena. Nunca trabalhou, mas recebe Bolsa-escola que é controlada por sua mãe. A mãe não tem rendimento próprio, mas trabalha quando pode como diarista, fazendo faxina. O pai está desempregado, mas trabalha quando pode fazendo atividades variadas. Atualmente mora com os pais. Define sua vida como boa, porque tem amigas e amigos, com os quais sai e vai a festas. Nessas ocasiões gosta de dançar, que define como a sua paixão. Não tem vida sexual, mas namora. Gosta muito de seu corpo e de sua aparência que define como bonita. Não se sente inibida por nada em sua aparência, vida ou comportamento, mas tem vergonha se percebe que alguém está mentindo. Gosta de se arrumar, principalmente cuidar dos cabelos e unhas, mas faz isso em casa mesmo, ajudada pela mãe e irmãs porque não tem dinheiro para requerer tais cuidados de profissionais. Só sai de casa arrumada. Não se sente sozinha, mas às vezes fica triste. Não se sente cansada no cotidiano, mas tem preguiça. Às vezes fica preocupada por pressões econômicas e com a segurança dos familiares. Como não tem dinheiro sente-se muito mal por depender dos pais, especialmente quando faltam coisas em casa. Percebe que o dinheiro nunca dá para o mês todo e diz que na casa sempre falta alguma coisa, mal dá para a alimentação. Em sua casa moram regularmente cinco pessoas. Vai a igreja assiduamente e é católica. Gosta de se relacionar com os amigos e acha que as pessoas gostam dela. Suas expectativas para o futuro relacionam-se ter uma profissão para

garantir um futuro melhor para ela e os pais. Já se sentiu maltratada por ser mulher, por ser pobre e por ser negra. Não fica doente com facilidade, mas quando fica resfriada vai ao posto de saúde que considera ruim e superlotado. Disse que a mãe tem dificuldade de marcar consultas e exames em outras unidades. Nunca tomou anticoncepcional, mas pretende tomar quando precisar. Nunca fez exame ginecológico ou papanicolau, embora já tenha tentado marcar consulta uma vez.

4.2 Qualidade de vida

Dentre os fatores que condicionam o que nesta tese foi classificado como *qualidade de vida* destacamos alguns aspectos relacionados aos aspectos do cotidiano das entrevistadas, que podem ser empiricamente percebidos e objetivamente mensurados tais como: perfil etário, conjugal e de natalidade; condição socioeconômica na infância; trabalho infantil; migração; escolaridade; característica do local e da moradia; o uso do tempo no cotidiano; trabalho e renda. Além desses é discutido também o projeto de vida, aspecto que, embora decorra de uma formulação subjetiva, foi aqui analisado a partir da comparação com esses primeiros aspectos, em relação aos quais se considera, guardam estreita relação.

4.2.1 As mulheres desenhadas

Compreendido entre os limites de treze e sessenta e três anos, o intervalo etário das idades das entrevistadas distribui-se da seguinte forma: jovens de 13, 17, 23 e 24 anos; adultas de 30, 33, 38 e 47 anos e idosas de 59 (prestes a completar 60), 62 (duas) e 63 anos. Oito dessas mulheres são casadas, três jovens, três adultas e duas idosas. Uma jovem é solteira, uma adulta e uma idosa separadas e outra nesta faixa etária, viúva. As jovens e idosas casaram-se apenas uma vez, com exceção de uma destas últimas, que diz ter “perdido a conta” de quantas vezes foi casada. Dentre as adultas, metade casou uma vez e a outra duas. Três adultas tiveram filhos em relacionamentos anteriores ao matrimônio e dentre as jovens e idosas apenas uma em cada faixa etária. A quantidade de casamentos da maioria das entrevistadas aponta para a reprodução do padrão hegemônico em nossa sociedade da monogamia vitalícia ou, no máximo, monogamia seriada ^{160;161;162;163}. A existência de outros padrões de conjugalidade nas classes populares ^{164;165;166}, nesse caso, se expressa em apenas uma entrevistada.

Quanto ao número de filhos, é possível perceber que as entrevistas refletem a tendência de queda dos indicadores brasileiros, apontando a conexão entre a dimensão individual, apreendida na pesquisa qualitativa, e o plano coletivo, delineado por instrumentos censitários e amostrais, já citados. As mais idosas, nascidas nas áreas rurais, vêm de famílias numerosas e tiveram, elas também, muitos filhos: duas deram à luz cinco filhos cada, uma

teve dez e outra treze. Dentre as adultas a quantidade de filhos já é um pouco menor: duas têm cinco filhos, uma tem quatro e outra três.

As mais jovens parecem confirmar a tendência de diminuição nessas quantidades: uma delas não tem filhos (e considera a possibilidade de não vir a tê-los), outra tem apenas um filho (e considera a possibilidade de não ter o segundo), a terceira, dois filhos (e considera a possibilidade de não ter mais nenhum) e a quarta tem três (e não pretende ter mais filhos “de jeito nenhum!”). Embora a quantidade de filhos das adultas e jovens não reflita a média nacional em termos absolutos, que mostra a queda do crescimento vegetativo do país nos últimos anos, é importante considerar que as chamadas classes “D” e “E”, das quais fazem parte as entrevistadas, são segmentos que têm mais filhos, superando a média.

Mesmo considerando essas diferenças que decorrem das três faixas etárias abarcadas na pesquisa, os quatros grupos de entrevistadas com três mulheres em cada um, pode-se perceber a similitude entre os relatos. Todas as histórias de vida, colhidas na periferia do DF, parecem retratar momentos diferentes de uma mesma existência, compartilhada por grande maioria das mulheres negras e pardas em nossa sociedade: uma vida difícil; laboriosa; fisicamente pesada; eivada pela crueldade.

Dos traços em comum nas histórias de vida destaca-se o fato de que em todos os relatos transparece a dificuldade de garantir a própria sobrevivência. Desde meninas as entrevistadas se defrontaram com a pobreza: “Nós éramos muito pobres mesmo... daqueles pobres assim, que passa na televisão... que comiam hoje e amanhã já não tinha comida”. Tal condição de pobreza extrema

permite estabelecer um paralelo com a análise tipológica dos padrões de comportamento dos grupos camponeses, desenvolvidos a partir da socialização primária em situação de escassez, especialmente em famílias numerosas ¹⁶⁷. Nessas circunstâncias existe sempre a possibilidade da criança pequena não ser atendida pela mãe todas as vezes que necessita, tanto no que se refere à frequência quanto no que diz respeito à duração do contato: “a criança aprende algo sobre a vida cada vez que se lhe nega, ou que recebe, um alimento de tipo particular ou característico de situações especiais” ¹⁶⁸.

Seja porque a mãe não tem leite suficiente para amamentá-la tanto quanto precisa ou porque não tem tempo para fazê-lo, já que se divide entre o trabalho doméstico, o trabalho no campo e o cuidados dos outros filhos, a criança tende a permanecer em situação de constante insatisfação. A perpetuação desse estado seria um dos fatores que constroem a sensação de impotência e o fatalismo, que caracterizam os grupos camponeses. Embora esse modelo explicativo da psicologia coletiva seja, nesse caso uma inferência hipotética, a fala da entrevistada permite perceber, ao menos, que sua infância foi marcada pela falta de segurança alimentar, situação que tende a levar à naturalização da fome e à retração dos desejos.

Tal naturalização, por sua vez, decorre da necessidade inerente ao ser humano de classificar a realidade social para estabelecer seu sentido e instaurar simbolicamente uma ordem estável aos fenômenos experimentados. Neste caso, o sentido intrínseco às relações com o mundo que organiza a interpretação das relações e inter-relações sociais, prescreve uma nefasta aceitação dessas condições miseráveis, como a fome crônica, já que a pessoa

“sequer conceber seu sofrimento como intolerável e, muitas vezes, se acomoda, por não sentir quaisquer perspectivas de mudar sua qualidade de vida”¹⁶⁹. Como essa situação decorre da desigualdade socioeconômica, tende a se perpetuar se não se alterarem as condições estruturais que delineiam esse quadro. A reprodução intergeracional dessa condição permite caracterizar a iniquidade social quase como uma doença transmissível.

As histórias de vida das entrevistadas idosas e adultas mostram que elas assumiram muito cedo os encargos domésticos em sua própria moradia, o trabalho braçal em suas unidades familiares na área rural ou o trabalho remunerado para terceiros. As idosas começaram a trabalhar com oito, dez, treze e dezessete anos e as adultas com nove, dez e treze anos (duas). Uma delas foi levada para o Rio de Janeiro aos oito anos de idade para trabalhar em casa-de-família, sendo a responsável por todo serviço doméstico, cuidar de três crianças, cozinhar, lavar roupa e até mesmo passá-las, que, naquela época, implicava no uso de ferro a carvão. Nesses dois grupos etários com oito entrevistadas, sete começaram a trabalhar antes dos 14 anos, idade definida em lei para o trabalho de aprendiz¹⁷⁰.

Uma adulta também foi trazida para Brasília ainda criança, aos nove anos, diz ter sofrido muito para se adaptar e que, durante quase dois anos só queria voltar para sua casa e ficar perto de sua mãe. Esse relato dá a perceber que a situação das crianças trabalhadoras domésticas é uma circunstância que implica em grande sofrimento. A total ausência de autonomia para decidir qualquer coisa sobre sua vida e vínculo empregatício, inclusive em termos legais, faz com que essas meninas acabem permanecendo muitos anos nas

casas para onde foram levadas, mesmo contra vontade, em condição totalmente vulnerável que só pode ser alterada quando passam a ter idade suficiente para buscar outro trabalho.

As mais jovens puderam desfrutar de condição diferente, pois mesmo considerando que ajudam suas mães ou avós nas tarefas de manutenção das moradias, a responsabilidade por seu próprio sustento não lhes é direta e inquestionavelmente transferida, ainda que duas delas tenham colaborado para a renda familiar trabalhando como babás desde os dez e catorze anos. Nesses dois casos, porém, o trabalho era mais leve, pois se restringia ao cuidado de uma criança e elas não chegaram a morar na casa da empregadora, circunstância que diminui a possibilidade de serem vulneradas pela forma como se estabelece o vínculo empregatício.

De maneira geral, esta situação permite pressupor uma melhoria nas condições sociais das populações negras em relação ao período pós-abolicionista, quando as famílias premidas por necessidades econômicas não conseguiam fazer valer sua vontade de impedir que as mulheres jovens trabalhassem no emprego doméstico, modalidade empregatícia muito próxima à escravidão, especialmente naquele período. Como se depreende da situação das jovens entrevistadas, uma parte da população negra que vive nas áreas urbanas parece, após mais de 120 anos da Abolição, ter - finalmente - alcançado tal possibilidade.

Como começaram a trabalhar há mais de 50 anos atrás, quando eram ainda meninas, quase todas as idosas e adultas foram privadas tanto da infância, quanto da possibilidade de educar-se para alcançar uma vida melhor.

As jovens refletem as mudanças na escolaridade ocorridas nos últimos anos, revelando que as famílias têm feito um esforço para manter as filhas na escola, do que se conclui que associam à educação as possibilidades de melhoria na condição de vida. O fato da escolaridade dos filhos das idosas e adultas ser maior do que a de suas mães também confirma isso: “Para mim, meus meninos tinham sido criados besta que nem eu, mas não tinham não, por causa da escola... a escola ajuda demais” (*sic*). Nesse sentido, é importante considerar como possível fator para essas mudanças observadas na vida das entrevistadas mais jovens o *Estatuto da Criança e do Adolescente* (ECA) ¹⁷⁰. Em observância à Constituição, o ECA, desde sua promulgação em 1990, propõe novas medidas em relação à formação escolar dos trabalhadores menores de idade, que vão de encontro às disposições da CLT. Dentre elas, destaca-se a que define que a duração da atividade laboral “deve sempre permitir uma efetiva frequência às aulas, sendo o empregador obrigado a conceder o tempo que for necessário à sua formação escolar” ¹⁷⁰. Como exemplo de estratégia voltada a minimizar os efeitos danosos do trabalho precoce, essas medidas de cunho legal ampliam a visibilidade da importância da formação escolar, contribuindo para a melhoria na situação de vida dos indivíduos, grupos e segmentos a elas expostos, como parece ser o caso das entrevistadas mais jovens ¹⁷¹.

A migração para as áreas urbanas e o aumento da escolaridade, ocorridas nas últimas décadas, ficam exemplarmente delineadas pelo local de nascimento e história de vida das entrevistadas. Todas as idosas nasceram na área rural e nenhuma estudou na infância: “Tinha escola lá, mas era muito

longe. Pai falou que menina mulher não precisava aprender a ler não. Quem precisava aprender a ler é homem, porque menina aprendia a ler só para ficar escrevendo bilhete para rapaz. Meu pai era muito carrasco, que Deus o tenha”. Essa mulher nunca foi à escola, outra que também não havia estudado está cursando agora a Educação de Jovens e Adultos (EJA), que substituiu o Mobral, uma terceira já tentou aprender a ler nesse curso, “mas não aprendi nada” e a última nessa faixa etária, bastante orgulhosa, disse ter concluído o Ensino Fundamental ano passado, aos 61 anos. O fato de três dessas quatro mulheres terem buscado a escola mesmo depois de adultas, com pesadas obrigações profissionais e familiares, revela o quanto a escolaridade passou a ser valorizada na sociedade brasileira nas últimas décadas, constituindo-se o único fator que permite a mobilidade e a ascensão social. Saber ler e escrever é parte inerente do processo de libertação, condição básica para a cidadania, e se reflete no respeito pessoal e social.

É importante considerar, entretanto, que se a pesquisa do IPEA à qual já se fez referência aqui, mostra que se em termos absolutos a expectativa das mulheres de empoderamento e libertação por meio do aumento da escolaridade parece confirmada empiricamente, ela não deixa de evidenciar que a discriminação por sexo subsiste. Na relação entre escolaridade, rendimentos e setores e categorias ocupacionais preenchidos por cada um dos sexos, os homens continuam ocupando as posições mais bem remuneradas, mesmo considerando que desde a década de 1950 a escolaridade feminina vem crescendo e atualmente ultrapassa a dos homens. Mesmo assim, elas ainda continuam recebendo, em média, 40,0 % menos do que eles.

A diferença no rendimento médio entre os sexos perverte a relação proporcional que se estabelece em termos gerais entre escolaridade e patamar de renda. Tal diferencial deve ser atribuído a moralidades sexistas e misógenas, que ainda prevalecem na sociedade brasileira, as quais desvalorizam e oprimem as mulheres. Disso se pode deduzir que os esforços das mulheres para seu crescimento pessoal e profissional, para buscar sua libertação, lutar pelo empoderamento, conquistar a emancipação e garantir a autonomia esbarram na discriminação de gênero. Tal forma de discriminação revela-se dispositivo de bio-poder ¹⁷², pois partindo do controle da corporeidade (e dos produtos do corpo feminino) condiciona o comportamento na esfera doméstica e se estende espaço público, “contaminando” todas as demais atividades por elas desempenhadas. E se a discriminação é observada para as atividades e funções exercidas por mulheres com nível de escolaridade mais elevado, o que não se pode inferir em relação àquelas que não tiveram condição de alcançar tais patamares?⁵

As adultas já nasceram em cidades pequenas no interior do Norte, Nordeste e Noroeste do Estado de Minas Gerais. Em relação à escolaridade, o quadro é um pouquinho melhor, já que quase todas aprenderam na infância ao menos a ler e escrever. Apenas uma não foi à escola quando criança, outra parou de estudar na 2ª série e duas na 4ª do Ensino Fundamental. Todas deixaram os estudos para começar a trabalhar no emprego doméstico, tanto

⁵ Em trabalho já citado, Soares interpreta essa diferença: “As mulheres brancas são tão bem ou mais qualificadas que os homens brancos e trabalham em setores industriais e regiões cuja remuneração é idêntica, mas, na hora de decidir o tamanho do contracheque, o delas é muito menor que o deles. A diferença está em torno de 35,0 %, e já foi bem maior. A minha interpretação do perfil da discriminação contra mulheres é que existe um acordo tácito no mercado de trabalho de que as mulheres, mesmo exercendo tanto quanto os homens atividades que exigem qualificação, precisam ou merecem ganhar menos. Afinal, os homens são chefes de família, têm mais responsabilidades, e assim por diante” (SOARES, SSD. *Op. cit.*, 2000. p.23).

em sua terra natal quanto em outras cidades, três delas levadas pelas futuras patroas. É importante salientar que a entrevistada que não estudou na infância está terminando o Ensino Fundamental no supletivo à noite e outra adulta, que havia parado os estudos na 4ª série, também voltou a freqüentar a escola.

Entre as jovens, que já nasceram no Distrito Federal ou em uma capital de Estado, a escolaridade é maior: uma chegou a cursar a segunda série do Ensino Médio, duas pararam antes de concluir a 8ª série do Ensino Fundamental e a que tem menos idade, ainda estuda e está na 7ª série. As três que pararam de estudar, o fizeram por terem ficado grávidas, o que parece confirmar os dados que mostram o aumento da incidência de gravidez entre as jovens. É necessário salientar que todas foram criadas por mães ou avós que trabalham como empregadas domésticas e das quatro, duas já haviam trabalhado como empregadas ou babás, inclusive aquela com maior escolaridade. Não seria absurdo considerar que frente à ausência de perspectivas concretas para realizar um projeto de vida voltado ao crescimento pessoal e profissional, e à probabilidade de terem que trabalhar em casa-de-família para terceiros, ser mãe e dona-de-casa ainda se constitua uma saída desejável, um passaporte para o mundo adulto, mesmo que possa levar à dependência em relação ao homem. Como demonstram os relatos de vida das idosas e adultas tal dependência é uma aposta arriscada, podendo ser considerada para a maioria fator de vulneração: a possibilidade de transformar-se em aprisionamento é grande, pois foi o que ocorreu com seis entrevistadas, entre idosas e adultas. Já a probabilidade de revelar-se um fator para

libertação, empoderamento e emancipação, revela-se bem menor, havendo somente uma mulher em cada uma dessas faixas etárias em tal situação.

4.2.2 O lugar

Muito embora seja possível identificar essa grande semelhança em suas vidas é na dimensão material e, exatamente em relação à infra-estrutura, que se pode perceber a maior diferença na qualidade de vida entre as entrevistadas. As diferenças observadas no local de moradia reforçam a idéia de que existem – sim – fatores objetivos, que se relacionam à dimensão econômica, que determinam a percepção sobre a qualidade de vida.

As invasões, onde moram seis entrevistadas, são áreas bastante degradadas, não são arborizadas, sendo, em resumo, locais nos quais se é arrastado pela lama quando chove e asfixiado pelo “poeirão” na estação seca: “se tivesse um esgoto já não tinha tanto lixo e talvez também não tivesse tanto rato”. Devido à falta de saneamento e coleta de lixo, o mau cheiro é uma constante nas duas áreas. No Lixão da Estrutural agrava a situação o enorme volume de lixo depositado pelo Governo do Distrito Federal (GDF), que envolve a área constantemente, mas piora muito na época da chuva, segundo relatam as entrevistadas.

As entrevistadas que moram nas invasões sonham com o dia em que essas áreas se tornem assentamentos e com isso possam receber não apenas a infra-estrutura básica, mas, principalmente, a documentação que lhes garanta a propriedade de suas casas, cuja inexistência é fator de insegurança

constante. O irônico de tal situação é que apesar de não terem documentação que lhes garanta a propriedade ou contarem com qualquer infra-estrutura, devem pagar o Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU) como se proprietárias fossem.

As que moram nos assentamentos, também seis entrevistadas, referem-se à violência urbana e à precariedade dos serviços públicos, especialmente os de saúde e segurança, como os maiores problemas dos locais onde vivem, concentrando na melhoria desses serviços seus anseios e aspirações. Em comum, as entrevistadas partilham a reivindicação por transporte, já que aquele com o qual podem contar é considerado caro, de má qualidade, lento e raro, especialmente nos finais de semana nas quatro localidades.

Apesar de referir-se à falta de infra-estrutura como o maior problema do local onde vivem quase todas as entrevistadas dizem que gostam de morar ali porque consideram a casa sua, com ou sem documentação oficial. Embora o esforço para ocupar o terreno e construir a moradia justifique a seus olhos esse sentimento de posse, a falta de reconhecimento por parte do Estado de sua condição de proprietárias é fator que intensifica sua vulnerabilidade social. Uma das entrevistadas, inclusive, fez uma associação direta entre a palavra “segurança” e a falta de documentação da propriedade do lote, quanto o tópico abordado na conversa girava em torno de questões relativas à segurança pública.

O temor constante daquelas que vivem nas invasões, algumas vezes chega a interferir na decisão de melhorar as condições da casa, caso tal oportunidade se apresente, circunstância que implica em permanecer em

condição insalubre, em muitos casos. Sendo assim, há que se pensar sobre o papel do Estado como um agente que vulnera essas pessoas, não apenas por cobrar por serviços que não presta, mas também por não definir critérios para que possam legalizar sua situação de moradia. Além disso, deve-se considerar que para resolver esse tipo de problema, especialmente no caso DF, não basta conceder documento que garanta a propriedade. Há que se buscar também formas de fortalecer as redes de sociabilidade para transformar aglomerados de pessoas em coletividades e, dessa forma, de fato contribuir para o empoderamento dessas pessoas.

Em relação a este último ponto, a Bioética de Intervenção trabalha a idéia de que o empoderamento dos sujeitos individuais, vulnerados “em decorrência do processo histórico e da característica cultural das sociedades nas quais estão inseridos, perpassa o todo social, atuando como elemento capaz de amplificar as vozes dos segmentos alijados do poder de decisão e promovendo sua inserção social”¹⁷³. Em virtude disso, deve-se ressaltar outro fator que faz as entrevistadas gostarem de viver nesses lugares: suas relações de vizinhança. Tanto nos assentamentos quanto nas invasões a importância das relações de vizinhança foram citadas como elemento importante para a satisfação com o local de moradia. As relações amigáveis com os vizinhos, que criam redes informais de ajuda mútua que minimizam o desconforto, a insegurança e a precariedade, estabelecem laços de sociabilidade mutualista e solidária, que, em muitas circunstâncias, revelam-se salvaguarda imprescindível frente às adversidades.

A sociabilidade solidária dessas inter-relações de vizinhança contribui para que as entrevistadas achem que o local em que vivem é tranquilo, especialmente a própria rua. Segundo algumas delas relatam, um dos fatores que favorece essa tranquilidade é a identidade religiosa, o fato de toda vizinhança em uma determinada rua freqüentar a mesma Igreja. Nesses casos, as redes informais estabelecidas a partir da identidade religiosa parecem apoiar-se nas normas de conduta prescritas aos devotos. Isso é mais facilmente identificável em relação às inúmeras seitas cristãs protestantes: “Eu entendi que por ser da religião que sou hoje tinha mais compromisso com Deus. Eu estaria mais perto de Deus. Cumprindo mais aquilo que ele manda fazer”. Assim, seja por identidade religiosa ou por laços de amizade, as redes informais de ajuda mútua minimizam a sensação de insegurança que perpassa a vida dos moradores dessas comunidades.

A tranquilidade proporcionada por essas relações, porém, parece ser um atributo exclusivamente diurno, pois em todos os lugares, assentamentos e invasões, foi relatado que ao anoitecer tudo se transforma e as ruas são tomadas por “usuários de drogas” e “assaltantes” que provocam “muita morte”: “Aqui, depois das 6 h [18 h] você só vê tiro para todo lado”. A falta de segurança nas ruas à noite é fator de apreensão constante e frente a ela as entrevistadas acabam por optar em não sair de casa nesse período, ficando insones quando seus filhos ou maridos se ausentam: “Só durmo quando ouço ele chegando no portão”. Aquelas cujos filhos são ainda crianças ou pré-adolescentes relatam ter receio de que venham a se envolver com drogas, como usuários ou traficantes: “Eu fico com medo que eles acabem passando

para o outro lado... Deles se extraviarem para um caminho errado, não seguir o caminho do bem e se envolver com as coisas erradas do mundo... Deus me livre...”. As que estudam à noite, e precisam circular nas ruas escuras, procuram andar em grupo para garantir maior proteção.

As razões para escolher estar vivendo nesse local revelam na verdade a falta de opção, pois variam entre a explicação de que “foi o que deu para comprar com o dinheiro que eu tinha” ou simplesmente porque lotes estavam sendo dados, invadidos ou vendidos naquela área: “Gostar, gostar eu não gosto. Assim... não é do jeito que eu queria... se tivesse como escolher, não ficaríamos morando aqui”. Esse trecho, que transcreve a fala de alguém que tem garantida a posse do lote onde construiu sua casa, espelha a opinião da maioria. Deixa claro que o abandono do poder público é um fator de vulneração que incide sobre essas populações, colocando-as na situação de sub-cidadania.

É preciso assinalar que onze entrevistadas, nos assentamentos ou invasões, haviam tentado se estabelecer anteriormente, como locatárias ou proprietárias, em cidades com mais infra-estrutura, como é o caso da Ceilândia, citada por cinco delas, Taguatinga, nomeada por três, Paranoá, onde viveram duas e Recanto das Emas onde uma entrevistada morou logo que chegou ao DF. A época em que viveram nesses locais é citada por todas como um tempo em que desfrutaram de melhor condição de vida, com exceção desta última, que considera o Girassol mais tranquilo do que o Recanto das Emas, área de periferia do DF onde morou anteriormente.

As razões para as demais terem se mudado são a perda do emprego (delas ou dos maridos), separação ou mesmo porque tendo amealhado dinheiro suficiente para comprar ou construir, optaram por deixar aquelas cidades e tentar concretizar o sonho de possuir a própria moradia, ainda que em um local mais barato, do qual não gostavam muito ou não consideravam adequado. Nos pontos levantados acima, sobre a infra-estrutura e serviços públicos de que dispõe as entrevistadas nesses locais, fica explícita a relação inversa entre autonomia e vulnerabilidade. As entrevistadas têm sua autonomia reduzida e sua vulnerabilidade aumentada em decorrência de suas condições de vida. Isso evidencia que a ética voltada ao social deve orientar políticas públicas segundo a equidade, intervindo na ordem social para transformar o *status quo*, visando promover a emancipação e a inclusão cidadã.

4.2.3 Casa

As moradias das entrevistadas refletem as diferenças estruturais entre as locais onde vivem, estabelecendo patamares distintos de segurança e conforto. As construídas nas invasões apresentam características indesejáveis, segundo classificação do IBGE⁶. São barracos pequenos, com pé direito baixo, poucos cômodos, em geral bastante apertados, escuros e mal ventilados. As habitações que visitei eram feitas de madeirite, com poucas janelas, um ou outro cômodo de alvenaria, piso de terra batida e sem banheiro interno. Em contrapartida, nos assentamentos só encontrei casas, com no mínimo dois

⁶ De acordo com o IBGE são consideradas características indesejáveis a construção com material não durável, alta densidade de habitantes, inadequação do sistema de saneamento e abastecimento de água, ausência de energia elétrica e coleta de lixo.

quartos, paredes de tijolos, portas e janelas de metal e vidro, piso de cimento queimado ou cerâmica, um banheiro interno, água corrente, cerca e grande portão de metal. A ausência de pintura e às vezes de reboco em alguns cômodos, a falta de portas nos cômodos internos e de forro, seu reduzido tamanho, as dimensões e a pouca quantidade de janelas constituem-se os sinais mais evidentes de pobreza nessas moradias.

Se essas diferenças entre as moradias podem ser consideradas determinantes na qualidade de vida que desfrutam seus habitantes, conjuga-se a elas um outro fator que condiciona a utilização dos espaços: a quantidade de moradores. Quanto a isso as entrevistadas das invasões e assentamentos assemelham-se. Na maior parte das casas vive entre cinco e sete pessoas, chegando em alguns casos a nove, entre filhos e parentes, que dormem em um ou dois cômodos. A exceção se dá com as jovens recém-casadas, ainda com um ou poucos filhos, que tiveram condição de sair da casa materna e estabelecer seu próprio domicílio (duas), e as idosas, cujos filhos mais velhos, com ou sem sua ajuda, também conquistaram tal situação (uma).

As entrevistas consideram importante para a conquista da “independência” o fato de serem proprietárias da casa onde vivem. Para elas, a “independência” é autonomia e está diretamente relacionada à possibilidade de garantir abrigo a si mesmas aos seus. Dentre as mais idosas três das quatro entrevistadas estão nessa situação. Duas haviam ganhado lotes do governo na década de 1970. Uma delas, após a separação, adquiriu a casa na qual vive em Samambaia com sua parte no produto da venda da habitação que havia construído com o ex-marido no lote doado. A outra, que mora na Invasão do

Lixão, é viúva e também ganhou na mesma época um lote em Ceilândia, no qual construiu com o marido uma casa, hoje cedida ao filho. A que foi muitos anos locatária conseguiu a custa de muito trabalho e sacrifício pessoal comprar a área onde vive, nos arredores do Girassol, pois “não dá para viver no aluguel”.

Apenas duas adultas e nenhuma das jovens têm moradia própria. Dessas duas adultas, uma ganhou o lote na década de 1990, época em que eram fartamente distribuídos, e outra “herdou” o terreno numa invasão pela morte do pai de seu primeiro filho. Nesse último caso, apesar da entrevistada ser a “dona do terreno” e ter financiado a construção da exígua moradia relata que sofre com as intimidações do parceiro, que ameaça abandoná-la e exigir na justiça a divisão do patrimônio. Tal fato não parece incomum nesse meio social. Comentando a situação de uma conhecida uma entrevistada disse: “a mulher põe o homem para dentro de casa, ele sai do trabalho, bebe, judia dos filhos porque não são dele, ela acaba que arranja mais uma barriga para segurar o casamento e no fim ele ainda quer expulsar ela de casa ou que ela venda a casa dela para dividir o dinheiro. É o que mais tem”.

Em relação ao fato das mulheres serem proprietárias há que se ressaltar uma característica do processo de doação de lotes ocorrido no DF, na década de 1990. Segundo relatos levantados em trabalho de campo anterior (NEPeM), os homens são, em geral, os primeiros beneficiários da doação. Porém, em muitos casos vendem o lote tão logo podem e voltam com dinheiro a sua terra natal, onde tentam algum empreendimento, no comércio ou lavoura, ou apenas vivem até que os recursos acabem. Ao retornar ao DF não podem mais fazer

jus a outro lote, já que não poderiam ter vendido o primeiro. Nessa circunstância inscrevem suas mulheres nos cadastros de doação e estas passam a ser as proprietárias legais das moradias. Depois de levantado o imóvel, muitas delas relataram a constante pressão para que vendessem, situação que pode levar à separação do casal quando a esposa não concorda em se desfazer novamente da casa. Não obstante esse tipo de pressão, que pode influenciar diretamente a continuidade da relação conjugal, é inegável que serem proprietárias da moradia em que vivem é um fator de empoderamento para essas mulheres.

4.2.4 O tempo cotidiano

O cotidiano das entrevistadas varia de acordo com sua idade e em decorrência de trabalharem fora ou não. As idosas dispõem de mais tempo para si mesmas. Embora acordem cedo, duas delas ficam na cama rezando por mais de uma hora. As tarefas domésticas são divididas ou foram repassadas às filhas adultas, embora as entrevistadas tenham se queixado que estas não fazem as coisas direito: “eu cozinho melhor” ou “elas desperdiçam muito”. As duas jovens que ainda moram na casa dos pais também têm um cotidiano menos trabalhoso. Uma delas cuida de seus filhos, deixando as tarefas domésticas para a mãe, à qual cumula as funções de lavadeira para terceiros e vendedora de cosméticos. A outra vai à escola em um período do dia e faz as tarefas escolares e ajuda na casa no outro. Ela não considera essas atividades pesadas, embora conte que tem preguiça de realizá-las, mas

que mesmo assim lhe sobra tempo para assistir todas as novelas do período noturno.

Com exceção dessas duas, o dia-a-dia das sete adultas e jovens que são somente donas-de-casa, já que no momento da entrevista não estavam trabalhando em empregos remunerados, varia muito pouco. Com ligeiras diferenças o dia começa em torno das 6 h, quando se levantam para preparar o café e cuidar dos filhos. Em seguida levam uma ou várias crianças para a escola, retornam para limpar a casa e fazer o almoço e saem novamente para buscar os filhos na escola. Ao voltar servem o almoço, limpam a cozinha, orientam os filhos mais velhos para que troquem de roupa, colocam as crianças mais novas para dormir e tentam ajudar os filhos a fazer a lição de casa (ou se não sabem o que eles estudam ao menos ficam controlando para que não fujam para brincar). Após às 16 h, podem descansar um pouco quando não têm que lavar, passar ou consertar alguma roupa. Em torno das 17 h começam a dar banho nos filhos e depois de vesti-los deixam-nos vendo televisão enquanto elas próprias tomam banho. Ao sair do banho esquentam a comida do almoço para jantar e alimentam os filhos. As que estudam à noite saem um pouco antes das 18 h para a escola, deixando (não sem preocupação) os filhos mais velhos cuidando dos menores. Mais ou menos às 19 h os maridos chegam em casa e jantam também. As que não estudam lavam a louça e vão ver a novela indo, em geral, dormir logo após a novela das 21 h da Rede Globo. As que estudam só voltam para casa pouco depois das 22 h, quando limpam a cozinha e também vão dormir.

Para quem trabalha fora o dia começa mais cedo, entre 4 h 30 e 5 h. Antes de sair de casa é preciso deixar a comida pronta, levantar, arrumar e dar comida aos filhos, levar os mais novos para a casa da pessoa que cuida deles e deixar os mais velhos na escola, para só então pegar o ônibus para o trabalho. O retorno à casa varia conforme as condições de trabalho, mas mesmo no melhor dos casos elas não chegam antes das 16 h e, muitas vezes em torno das 19 h, depois de buscar as crianças. Esquentar a comida, colocar os mais velhos para tomar banho, alimentá-los e também comer, tomar banho e limpar a cozinha ocupa ainda umas duas horas. Nesse ínterim as casadas ainda servem a refeição para os maridos. Em torno das 21 h sentam para ver a novela e em seguida vão dormir.

Para as que trabalham fora os finais de semana são parecidos ao cotidiano dos dias de semana. Se o trabalho é em casa-de-família, o sábado é um dia quase normal, no qual elas retornam para casa uma ou duas horas mais cedo. Quando trabalham em firma são muitas vezes dispensadas de trabalhar aos sábados ou, no pior dos casos, trabalham em sábados alternados, em geral até às 11 h. As que podem voltar para casa cedo nos sábados costumam aproveitar o resto do dia para lavar a roupa da semana e fazer a limpeza da casa. As que chegam mais tarde precisam fazer isso no domingo, o que torna para elas esse dia quase tão cansativo como outro qualquer.

Nos finais de semana, quando dispõem de tempo e dinheiro para pagar o transporte, as entrevistadas vão visitar parentes e amigos. As mais afortunadas vão esporadicamente a clubes, parques, cachoeiras, shoppings.

Mas, como é comum faltar dinheiro para o lazer sua diversão na maior parte dos finais de semana é ir à igreja, ver televisão, principalmente no domingo de tarde, ou conversar e permutar cuidados de beleza com as vizinhas. Algumas relatam que se têm dinheiro e encontram alguém que fique com os filhos vão de vez em quando tomar uma cerveja com vizinhas, irmãs, amigas ou mesmo com o marido, embora isso também não seja usual: “Esse dia nunca chega... Eu digo: quero sair, quero levar minhas crianças no parquinho, no zoológico que elas falam muito... a gente têm que sair uma vez na vida homem!”.

Os relatos evidenciam que a grande quantidade de atribuições, mesmo para aquelas que não têm atividade remunerada fora de casa, as quais revelam-se um obstáculo real à conquista de qualidade de vida para as entrevistadas. Se a sobrecarga da dupla jornada é percebida, o padrão tradicional que delineia a divisão sexual do trabalho e das responsabilidades no âmbito doméstico continua sendo interpretado como essência da identidade feminina, permanecendo um ponto inquestionável, inclusive para as próprias mulheres. Impactadas por essas múltiplas obrigações cotidianas, decorrentes dos papéis de gênero que precisam assumir para serem vistas e perceberem-se como mulheres, as entrevistadas vivem em situação injusta, que naturaliza a desigualdade em nome da construção da identidade.

4.2.5 Dinheiro

A renda mensal das entrevistadas varia em torno de R\$ 500,00, quantia que soma o salário (ou pensão) que elas ou seus maridos recebem aos

eventuais benefícios das políticas de transferência de renda, como o Renda Minha, o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), o Vale Gás, explicitamente citados por cinco delas. Duas outras participam de um programa de ajuda às mulheres, promovido por um centro espírita, que doa semanalmente uma quantia variável de alimentos não perecíveis às mulheres cadastradas, distribui sopa à comunidade e ensina a fazer trabalhos manuais.

As entrevistadas contam que quando marido e mulher estão empregados a vida melhora muito, mas essa situação parece ser relativamente rara, pois não encontrei nenhum caso. Talvez por causa disso a afirmação de que o dinheiro de que dispõem para viver “não dá para o mês todo” seja unânime. Mesmo as que estão em situação melhor revelam que passam o mês fazendo malabarismo para equilibrar as contas, buscando saldar os compromissos urgentes e impostergáveis, mas que “sempre falta alguma coisa”. Tal situação de ameaça a sua sobrevivência e a de sua família desencadeia preocupação constante, especialmente em relação às necessidades dos filhos colocados por elas sempre em primeiro lugar.

Se o fato de serem proprietárias enseja o empoderamento, ganhar o próprio dinheiro permite a emancipação, contribuindo para seu caminhar rumo à autonomia. Para as idosas uma existência de constante e quase ininterrupta labuta possibilitou essa relativa estabilidade econômica. Gozam de tal independência três das quatro entrevistadas, duas das quais trabalharam por toda vida no emprego doméstico ou em serviços a estes relacionados, como cozinheira e faxineira de escola. A terceira delas é atualmente beneficiária da pensão por morte do marido que foi servidor público, e cuidava da manutenção

de um hospital no Plano Piloto, antes que esse serviço fosse terceirizado. Trabalhar fora terem renda própria parece ter sido fundamental para que, paulatinamente, essas entrevistadas tenham conquistado maior simetria no relacionamento com seus parceiros, seja no sentido de manter a relação seja para saírem dela quando a consideravam insuportável.

4.2.6 Trabalho

Se as dificuldades vivenciadas no emprego doméstico tornam essa opção pouco atraente, deve-se considerar que aquelas vividas no âmbito doméstico, causadas pelas relações conjugais assimétricas e violentas, também são difíceis de suportar. Assim, para garantir sua sobrevivência e de seus filhos as entrevistadas acabam oscilando entre sujeitar-se ao marido ou à patroa. Há que se notar que, quanto às oportunidades de emprego, essas mulheres se encontram em posição vantajosa em relação a seus maridos, já que a demanda por empregadas domésticas é grande e relativamente estável, embora muitas vezes implique em submeter-se a um vínculo empregatício informal e sub-remunerado. Já para os homens a situação é diferente, pois no DF o trabalho como pedreiro, pintor, serralheiro, eletricista ou mesmo jardineiro não são demandados com a mesma frequência e são atividades que implicam em conhecimentos específicos, o que aumenta a competitividade pelos postos de trabalho. Deve-se ressaltar ainda que a terceirização de grande parte dessas atividades tende a aumentar a instabilidade no emprego e a vulnerabilidade social do segmento masculino de menor escolaridade.

É possível observar uma relação entre trabalho e independência entre as idosas e as adultas. Ainda que ganhem pouco as entrevistadas que trabalham parecem ter mais facilidade em se fazer respeitar pelos parceiros do que as que não o fazem. Uma delas, que no momento procura (desesperadamente) um emprego, relatou que sua angústia para consegui-lo decorre do marido ameaçar diariamente expulsá-la de casa (e aos filhos), pois a habitação está em nome dele. Outra, que recentemente começou a trabalhar como faxineira em uma firma (com carteira assinada), está rompendo o casamento com um parceiro extremamente violento, situação que já perdurava há vários anos e que ela não via possibilidade de mudar anteriormente. Se a violência dos maridos, revelada em relatos de agressões físicas e verbais, são freqüentes entre as adultas e idosas, fica claro que romper esse padrão está diretamente relacionado à possibilidade de garantir a própria sobrevivência e a dos filhos.

No que diz respeito à relação entre sobrevivência e autonomia, as jovens que têm filhos ainda bebês vivem uma situação mais delicada e complexa, pois a falta de equipamentos sociais, como as creches, e o custo de ter com quem deixar as crianças, quase o tanto que poderiam ganhar em suas próprias atividades profissionais, as impede de trabalhar assim como dificulta voltar a estudar. Essa informação se coaduna com pesquisa empreendida pelo IPEA ¹⁷⁴ para avaliar o diferencial de rendimentos entre homens e mulheres, que aponta para o fato das mulheres casadas serem mais penalizadas que as solteiras em relação à estabilidade e as oportunidades de crescimento profissional. Explica esse fato a etapa do ciclo reprodutivo, que afasta as

mulheres do mercado de trabalho, no qual permanecem apenas aquelas para quem custo de oportunidade é maior (as que recebem melhores salários), as quais tendem a trocar o trabalho doméstico pelas atividades profissionais. Esta não é a situação de grande parte desse segmento e nem é o caso das entrevistadas, que por não terem muita escolaridade, acabam optando por se afastar do trabalho e dedicar-se às atividades do lar.

Pelas entrevistas é possível notar que se o exercício profissional trouxe às mulheres a recompensa do aumento de sua autonomia, essa possibilidade travestiu-se na prática num acréscimo no já extenso rol de atividade que executavam. A inserção dessas mulheres no mercado de trabalho revela-se uma responsabilidade a mais a ser carregada no cotidiano, que uma das jovens parece não achar vantajosa. Talvez tal avaliação esteja apoiada na observação de casos relatados pelas adultas, nos quais fica evidente que a capacidade de ganhar o próprio sustento e conseguir (com muita dificuldade) criar os filhos acaba tendo um efeito inesperado: sentindo-se dispensáveis na função de provedores, seus maridos passam a contribuir cada vez menos com as despesas de manutenção da casa e dos filhos.

Se as diferenças entre as histórias de vida das entrevistadas decorrem de múltiplos fatores sociais, como idade e escolaridade, ou a circunstâncias pessoais, como acesso a oportunidades ou até mesmo sorte, há um traço em comum entre todas elas: o trabalho como empregadas domésticas. Como 10 das 12 entrevistadas já trabalharam nessa atividade, em algum momento de suas vidas, parece confirmada a suspeita de que nesse segmento é pequena a probabilidade de alcançar melhor situação, que permita concretizar projetos de

vida profissional mais gratificantes. Como esse fato é generalizado, reforça também a idéia de que estarem confinadas a tal situação decorre da dupla discriminação, de gênero e cor, a que esse segmento está submetido: “esta relação de poder está em toda parte nas regras de higiene: sujam-se lenços, roupas, banheiros etc., e as limpezas são feitas por pessoas situadas em posições inferiores da hierarquia”¹⁷⁵.

Os relatos mostram que trabalhar em casa-de-família, ainda que não seja uma escolha de fato, se lhes configura quase que como a única oportunidade de ganhar o próprio sustento: “vai porque está precisando”. Dessa sina a que estão submetidas, procuram fugir na primeira oportunidade, seja para voltar a cuidar apenas da própria casa e filhos, quando o marido encontra trabalho permanente e suficientemente bem remunerado para garantir o sustento de todos, ou quando conseguem emprego em firmas, mesmo que, na prática, permaneçam desempenhando atividades muito parecidas. Na primeira situação encontramos duas idosas, duas adultas e duas jovens. O segundo caso, das profissionais de limpeza que trabalham em empresas ou escolas, em função designada como Auxiliar Administrativo, remete à situação atual de uma idosa e de uma adulta bem como da idosa que também foi cozinheira em restaurante.

Embora as atividades sejam similares nas firmas de limpeza, as entrevistadas alegam que o trabalho nessas condições é muito melhor e elencam uma série de fatores para explicar sua preferência. Se antes de conseguirem um contrato acreditavam que trabalhar para uma empresa pudesse ser economicamente mais vantajoso, isso não é o que acontece na

prática, ao menos para aquela que trabalha como profissional de limpeza (ou para outras que já trabalharam). Se como domésticas podem chegar a ganhar um salário mínimo e meio ou, às vezes dois, em firma recebem apenas um salário e ainda estão sujeitas a desconto para contribuição sindical. Porém, mesmo que na prática a melhoria econômica não exista há um ganho de *status* por não serem “domésticas” e trabalharem em casa-de-família e sim “auxiliares administrativas”,prestando serviço em firmas.

Reforça essa vantagem simbólica o fato das empresas depositarem seu salário em banco, situação inédita para muitas delas, que aos seus olhos marca a inclusão social e lhes identifica com as classes superiores: “ter o cartão e ir lá tirar R\$100,00 para ir ao mercado quando eu recebo é muito *chic!* Eu nunca tinha tido isso”. Além disso, as empresas não contratam sem carteira assinada, o que - de fato - é uma grande vantagem em relação ao vínculo empregatício em casa-de-família, nas quais as trabalhadoras encontram dificuldade para fazer valer seus direitos, mesmo quando estão há muitos anos no serviço.

A rotina das firmas também é considerada mais leve em todos os sentidos. Segundo relatado há horário para entrar e sair, raramente se trabalha nos finais de semana e feriados, o serviço não implica em tantas e tão diferentes tarefas e as atividades são padronizadas. Alegam ainda que nas empresas têm tempo para descansar entre as atividades e gozam de uma hora para o almoço, que pode ser despendida em outras atividades, como um passeio pelos arredores com as colegas de trabalho. Porém o racismo, alegado nas entrevistas e treinamentos para obtenção de emprego, também se

manifesta na hierarquia estabelecida entre as profissionais contratadas pelas empresas que terceirizam serviços. É possível encontrar mulheres negras na limpeza (ainda que a maioria seja da cor parda), mas essa quantidade escasseia entre as que trabalham como copeiras tornando-se definitivamente uma raridade nas funções de recepcionista ou agente de portaria. Nesse último caso, só são contratadas mulheres negras quando são especialmente belas, requisito que também demonstra racismo, pois parece não interferir tanto na admissão de mulheres brancas que ocupam a mesma função, algumas, inclusive sendo muito menos vistosas e com bem mais idade.

Apesar de o serviço em empresa ser considerado mais fácil quando comparado ao trabalho doméstico não deixa de ter suas dificuldades. Se a adulta que trabalha há pouco tempo em firma conta que é “só ficar de olho” para não deixar nada muito sujo, não deixa de reclamar da marcação cerrada de algumas supervisoras. Deve-se considerar que para maximizar o lucro algumas empresas diluem em água os produtos de limpeza, o que dificulta os processos de trabalho. Além disso, seja porque as empresas buscam aumentar a relação custo-benefício seja porque os supervisores discriminam suas subordinadas, em alguns lugares essas mulheres não podem parar de limpar ininterruptamente sob pena de demissão sumária. Nesses casos como muitas trabalhadoras não conhecem a legislação e não entendem perfeitamente seus direitos são levadas a assinar a demissão por justa causa, situação que lhes rouba alguns dos benefícios garantidos no caso de demissão pelo empregador.

A outra idosa, que trabalhou como cozinheira em restaurante, onde virava a noite para ganhar o “extra” necessário para adquirir a própria moradia

e realizar seu projeto de independência, tendo conquistado esse objetivo a custo do extremo desgaste orgânico, infligido por esse ritmo de trabalho, que se perpetuou por nove anos. Tendo trabalhado também como faxineira em empresa, afirma que esse serviço não é tão fácil. Enumera como conseqüências dos anos que passou realizando essas diferentes atividades a perda do apetite (“agora só como bolacha”), um problema na bexiga causado por carregar muito peso, dores nos braços e nas costas e unheiro de tanto lavar panos e pratos, que é o que mais lhe envergonha em si mesma. A idosa, que trabalhou por muitos anos como faxineira em escola, diz que o serviço de “arear” as carteiras sempre rabiscadas pelas crianças é pesado, e que fazê-lo continuamente “acabou com sua coluna”. A dor e o sofrimento que decorrem da prática laboral dessas entrevistadas idosas demonstram, na dimensão de seu corpo, a desigualdade social a que estão submetidas.

Mesmo creditando essas doenças ao trabalho como faxineira as duas entrevistadas consideram que desempenhar essa atividade em escola ou firma é melhor que o emprego doméstico, enfatizando assim o quanto consideram importante a autonomia, também na esfera laboral. Uma delas diz: “você faz ali todo o serviço da escola e tem tempo para descansar e em casa-de-família não acaba nunca”. A outra completa: “ficava lavando louça toda hora, às 11 h da noite [23 h] lavava louça porque tinha que ficar tudo limpo e não podia deixar para o dia seguinte”. Um relato que não faz parte dos doze aqui descritos, pelo fato da entrevista não ter sido concluída devido à chegada do marido da entrevistada, leva a considerar o quanto essa mulher considera o emprego como doméstica ruim devido à assimetria e à falta de autonomia para decidir

até mesmo os processos de trabalho mais elementares. Depois de algumas tentativas de trabalho em casa-de-família a entrevistada preferiu ser autônoma, como catadora no Lixão, atividade que implica passar o dia em local insalubre, mal cheiroso, em andar e correr muito além de carregar fardos muito pesados: “Lá eu trabalho por conta própria”.

A falta de autonomia também é citada como uma condição difícil de suportar no emprego doméstico. Como trabalham no domicílio das pessoas, manuseando e cuidando de seus bens e pertences pessoais e preparando seu alimento, essas profissionais são freqüentemente admoestadas para que sigam os critérios estabelecidos por suas empregadoras sem qualquer questionamento: “Patroa pega no pé... enche o saco! Estava trabalhando em uma casa, mas não agüentei e pedi as contas. A mulher queria que eu continuasse. Até hoje não recebi nada. Lá eu trabalhava até feriado e ela ainda fica reclamando, chamando a atenção”.

Na dinâmica do trabalho doméstico o reconhecimento profissional passa pela resposta pronta, mecânica e inquestionável às ordens dadas. As entrevistadas relatam ter sofrido assédio moral em alguns empregos, por maltrato, grosseria e gritos. Contam que as patroas reclamam quando elas estão mal humoradas e que não admitem que trabalhem de “cara feia”, mas que, por outro lado, algumas delas não têm qualquer constrangimento em proferir improperios, às vezes sem motivo aparente: “agüentei muito abuso daquela mulher”. As constantes queixas e reclamações, às quais dificilmente podem refutar, também são fatores de vulneração, pois extinguem a confiança da empregada sobre a qualidade de sua atuação profissional. Nessas

circunstâncias, acabam assimilando essa opinião desfavorável a seu respeito que tolhe ainda mais sua autonomia e faz com que se sintam compelidas a permanecer em situação trabalhista indigna e insatisfatória por medo de não conseguir outra colocação.

Outro fator associado à dependência e à vulnerabilidade que torna o emprego doméstico uma saída pouco atraente é a possibilidade de sofrerem assédio sexual. Uma adulta conta que quando mais nova fugiu da casa na qual trabalhava há seis anos porque o patrão a assediava. Como ele era policial e portava arma (mesmo que não usasse dentro de casa) ela ficou com medo de permanecer no local e acabar sendo obrigada a manter relação sexual com ele. Na ocasião não contou o fato para a patroa, achando que isso poderia lhe trazer ainda mais problema: “Em quem você acha que ela ia acreditar, no marido ou em mim? Foi horrível, preferi me mandar”. Considerando que o trabalho em casa-de-família propicia o contato pessoal entre os sexos e, pelo fato de estarem em situação tão subalterna e destituída de poder não é de se estranhar tais relatos de assédio e a violência sexual.

Além dessas circunstâncias adversas foi relatado um outro fator capaz de provocar sofrimento, especialmente quando elas moram no local de trabalho, que diz respeito ao estabelecimento de laços afetivos. A condição dúbia na qual se dá a prestação do serviço doméstico, em parte “membro da família” e em outra profissional, colabora para que desenvolvam laços afetivos principalmente com as crianças que muitas vezes cuidam desde a mais tenra idade. Ao deixarem os empregos algumas dessas profissionais sentem muita tristeza, caracterizada em sua fala por “um vazio”, que as coloca em grande

depressão. O amor que desenvolveram pelas pessoas ao cuidarem delas, conhecendo seus gostos e preferências para agradá-las e servi-las, passa abruptamente de laço pessoal a vínculo estritamente profissional, que pode ser (e normalmente é) sumariamente desfeito com sua saída do local de trabalho: “Quando sai, você sofre muito, sofre demais mesmo... É que nem se fosse morrer!”. Fica claro que nessa profissão existe a possibilidade de ser vítima até mesmo do amor, e de sofrer em virtude do apego que advém da convivência com as famílias para as quais trabalham. Assim, empregadas domésticas se tornam reféns de empregos nos quais são exploradas.

Grosso modo as entrevistadas contam que não gostam de muitas das atividades domésticas que precisam realizar profissionalmente. E, se a eleição dessas antipreferências varia entre elas, em comum apontam o fato da rotina ser extremamente desgastante e repetitiva. A limpeza e a faxina são as atividades mais pesadas. Mesmo quando gostam de realizá-las as entrevistadas reclamam que depois de um dia de trabalho ficam exaustas. Uma delas disse que tentou ser faxineira durante um período para viver com mais dinheiro, mas acabou desistindo porque ficou grávida. Em decorrência disso abriu mão do dinheiro que contava ganhar para o enxoval, pois sua barriga ficava tão dura no final do dia que ela sentia medo de perder o bebê.

Lavar roupa à mão também é considerado difícil, implicando em movimentação repetitiva, em levantar peso e no uso de produtos químicos que podem prejudicar as mãos e as unhas. No entanto, tal circunstância parece estar sendo progressivamente minimizada já que nas grandes cidades a maior parte das moradias de classe média (nas quais em geral elas trabalham)

contam com máquinas de lavar roupas. Mesmo assim, duas delas contaram que já trabalharam em casas nas quais não podiam usar a máquina, reservada para o uso da patroa. Nesses empregos eram obrigadas a lavar tudo à mão, inclusive as peças mais pesadas. A semelhança entre esses relatos e o trabalho escravo da época colonial não é mera coincidência.

Passar roupa divide opiniões: algumas gostam e outras acham insuportável. As que não gostam justificam sua opinião dizendo que é uma tarefa muito delicada, é preciso ter muito cuidado (com a roupa e para não se queimar), que sempre há muita roupa para passar, que dá dor no braço, que são muitas horas em pé e até mesmo porque é muito quente. Cozinhar todos os dias não é tido como algo pesado sendo, no entanto, considerado estressante: “Tem dias que você não quer fazer aquilo, não quer nem ver, nem sentir o cheiro, mas tem que fazer e tem que fazer na hora certa”.

Se o trabalho pesado debilita a provoca o adoecimento tal circunstância é agravada pela falta de estabilidade no emprego, difícil de conquistar em qualquer dos casos. Trabalhando por conta própria seja como catadora, vendedora de cosméticos, artesã ou lavadeira de roupas, que foram exemplos de atividades autônomas citadas, as mulheres só garantem seu sustento cotidiano à medida que trabalham e, às vezes nem assim. Por isso, mesmo se sentindo doentes tentam ignorar a sensações para continuar em atividade. Para elas ficar doente é um luxo das classes ricas, pois “pobre não pode ficar doente não”. Todas as entrevistadas que já trabalharam, dez, relatam que já ficaram doentes sem poder se afastar do trabalho. Dentre essas dez, apenas

uma já recorreu à medicina do trabalho quando se sentiu realmente impossibilitada de realizar suas atividades.

As que prestam serviço para terceiros, tanto em casa-de-família quanto em empresa, também não podem ficar doentes que logo são dispensadas. Em decorrência disso, deixam de entregar aos patrões atestados médicos que prescrevam períodos de repouso muito longos. Devido à precariedade dos vínculos empregatícios sentem-se obrigadas a continuar trabalhando mesmo quando isso afeta ou compromete sua saúde. Como tal situação é recorrente ao longo da vida profissional pode-se dizer que devido à vulnerabilidade de sua condição socioeconômica essas trabalhadoras são impelidas a empenhar sua saúde (e, conseqüentemente, sua vida) em prol da sobrevivência imediata: “Essa resignada submissão às necessidades de cada dia não era para ganhar a vida; era, apenas, para não perdê-la”³.

Como lhes é impossível regular minimamente ritmo de trabalho ou mesmo cuidar de sua saúde aposentar-se é o sonho de duas das quatro idosas que passaram dos 60 anos e se sentem cada vez mais cansadas para trabalhar, mas que não desfrutam dessa possibilidade. Além do cansaço sofrem freqüentemente de dores na coluna, relatam ter dificuldade para carregar peso e, em algumas circunstâncias, até para andar. A idosa que foi faxineira em escola, que, portanto, é servidora pública foge à regra da demissão sumária por motivo de saúde. Dentre as doze é a única que já recorreu à medicina do trabalho quando se sentiu realmente impossibilitada de realizar suas atividades. Deve-se ressaltar que essa circunstância foi propiciada por sua situação funcional (de servidora pública), que lhe permitiu

também conseguir posteriormente a readequação para o cargo de porteira, ainda que depois de muito esforço. Sofrendo com a mobilidade afetada, conta os dias dos dois anos que lhe faltam para completar o tempo de serviço necessário à aposentadoria.

Se seu relato permite perceber que sua situação e qualidade de vida não são boas, é possível inferir ao menos que ela tem grande chance de conseguir se aposentar no prazo previsto, já que atualmente trabalha sob o amparo de vínculos empregatícios formalizados legalmente. Porém tal condição funcional foi uma conquista tardia em sua vida, pois se trabalhou desde os nove anos de idade como doméstica, “sem comprovação nem carteira assinada”, já poderia estar aposentada há muito tempo. Por isso, considera sua situação atual “uma grande injustiça”. Comparando sua situação com a da outra idosa que se sente igualmente afetada por problemas de saúde se pode perceber que sua expectativa em relação à aposentadoria está muito mais perto de se concretizar que a daquela.

A outra idosa, que está preste a completar 60 anos, trabalhou na adolescência como doméstica, mas quando adulta não teve emprego fixo durante muito tempo num mesmo local nem carteira assinada em nenhum deles e por isso não faz jus à aposentadoria. Como é analfabeta e não tem qualquer informação sobre a legislação acredita que possa se aposentar pelo Funrural. Essa expectativa parece, no entanto, ser meio ilusória baseada apenas no fato de seus pais, que moram no campo e trabalharam toda vida como agricultores, terem se aposentado dessa forma. Como não tem meios para avaliar as implicações de sua situação crê na possibilidade de se

aposentar em breve e diz que se já contasse com uma renda fixa poderia viver tranqüila sendo mais independente em relação ao marido: “Se eu já fosse aposentada para ter meu dinheiro, comprar minha roupa, o calçado para minhas filhas não precisava estar assim... pedindo para o meu marido ‘me dá R\$ 1,00’... porque para ele dar R\$ 1,00 dá um trabalho...”. A extrema vulnerabilidade e dependência evidenciadas nesta fala demonstram que a “sina” inerente à desigualdade lançada sobre essas mulheres cresce proporcionalmente com os anos de vida. Desse conjunto das informações sobre as condições e situação de vida dessas duas idosas se pode deduzir também que a não formalização do vínculo empregatício, admitida pela moralidade social, é fator de vulneração que acarreta dor e sofrimento.

A outra idosa entrevistada acabou de se aposentar, embora ainda trabalhe esporadicamente tanto para melhorar sua renda e continuar ajudando os filhos, quanto para ficar longe do marido. Disse, no entanto, que não pretende continuar trabalhando já que agora quer cuidar de sua saúde que vem sendo relegada há muito tempo. Ela é hipertensa e sabe, já há três anos, que precisa fazer duas cirurgias, mas em virtude do trabalho não encontrava ocasião propícia. Fica claro por sua fala, que sua situação de vida e as restrições que atingem também sua família são fatores que condicionam suas escolhas, pesando mais sobre suas decisões cotidianas do que outras necessidades pessoais, inerentes à qualidade de vida, como o cuidado com a saúde.

A quarta idosa recebe a pensão pela morte do marido e por isso não pensa em se aposentar, já que na prática, vive como se o fosse. Essa mulher,

que trabalhou como doméstica na infância e adolescência, parou de trabalhar fora quando se casou e, talvez por não ter cumulado a dupla jornada, seja aquela dentre as quatro que manifesta maior disposição e capacidade para elaborar um projeto de vida autóctone.

4.2.7 Projeto de vida

A comparação entre a escolaridade e o projeto de vida mostra que o acesso à escola e à informação relaciona-se diretamente às expectativas profissionais e o desejo de autonomia. Dentre as idosas duas disseram que quando meninas queriam apenas casar e serem donas-de-casa. As outras duas, que começaram a trabalhar em casa-de-família mais novas, contam que não tiveram infância ou qualquer tipo de sonho sobre seu futuro. Em relação ao que esperam daqui por diante, três idosas revelam não acalentar grandes esperanças ou sonhos sendo bastante pragmáticas: manifestam o desejo de ver a família bem e os filhos felizes e “bem encaminhados na vida”. A ausência de projetos próprios, voltados ao crescimento pessoal e ao prazer existencial pode estar apontando o envelhecimento prematuro dessas mulheres para as quais a vida sofrida e pesada roubou até mesmo a possibilidade de sonhar.

Apesar de ter trabalhado como empregada doméstica na infância e adolescência, a quarta idosa deixou de trabalhar fora quando se casou e hoje, viúva, recebe pensão. Como adora criar animais e onde mora isso é difícil dado o reduzido tamanho dos terrenos, foi morar a um ano, em um acampamento do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MSRT) de onde retorna nos

finais de semana para ver a família. A disposição dessa idosa para realizar seu projeto de vida e a esperança que manifesta em concretizá-lo deixam entrever uma outra realidade, menos marcada pelo peso de um cotidiano inóspito e hostil, capaz de roubar não apenas a qualidade de vida dessas mulheres, mas até mesmo a oportunidade do sonho, que se observa nas demais entrevistadas dessa faixa etária. Sua fala leva a pensar que há uma brecha nessa “sina”, que precisa ser alargada pela força de políticas públicas voltadas à equidade e a garantir a qualidade de vida desse segmento, cuja situação social de subalternidade é tão acentuada. A qualidade de vida não pode ficar relegada ao fator sorte, à adoção exitosa de estratégias pessoais, como um casamento bem sucedido, ou à rara oportunidade de conquistar um trabalho mais bem remunerado e amparado por garantias legais.

As adultas relataram que suas expectativas profissionais na infância dividiam-se entre o sonho de serem professoras e médicas, profissões conhecidas até mesmo pelas crianças pequenas. Dentre as adultas, uma quer ser advogada e faz supletivo para alcançar esse sonho ao qual pretende se dedicar “nem que leve minha vida inteira”. Das jovens, uma quer ser nutricionista, outra médica, a terceira pretende ser desenhista e dançarina e a quarta gostaria de continuar sendo uma mulher bem casada. Embora a concretização dos projetos profissionais das adultas e jovens pareça bastante difícil, considerando-se suas atuais condições de vida e escolaridade, essas mulheres parecem cultivá-los como uma possibilidade real. Não obstante essas expectativas profissionais conservadas em uma dimensão mais ou menos onírica, todas reafirmam o mesmo desejo pragmático das idosas, deixando

claro que suas perspectivas para o futuro estão amalgamadas a seu papel de mães e ao bem-estar de seus filhos. Frente as suas condições de vida adversas, só lhes resta o futuro dos filhos com que sonhar.

Uma jovem queria desde menina ser médica, mas diante desse obstáculo quase intransponível ao prosseguimento de seu projeto de vida profissional parece conformada - e até feliz - por se dedicar a cuidar da casa e dos filhos pequenos e viver da remuneração do marido. Outra, que também é casada, parece incomodada com sua dependência, pois sente vergonha de ter parado de estudar e acalenta projetos profissionais. A mãe dessa jovem, que passava na sala durante a entrevista, palpitou sobre o assunto, baseada em sua própria experiência de vida: “Eu sempre digo para minhas filhas: homem não é futuro não. Porque hoje em dia o marido está aqui, uma maravilha com você... amanhã acha outra mais nova bem ali e sai de casa e não está nem aí para os filhos”. A mais jovem das quatro entrevistadas relata querer trabalhar e ser independente, mesmo que venha a se casar e constituir família. Ainda que tal assertiva possa não se concretizar a expressão desse desejo demonstra o quanto essa jovem considera a independência fundamental em seu projeto de vida.

O fato de acalentarem tais projetos faz pensar na importância do sonho como algo que ajuda a suportar o cotidiano, como um território guardado em um futuro indeterminado, para onde é possível fugir em busca de consolo. Talvez por isso as projeções para o futuro das idosas sejam tão restritas: a medida que aumenta a idade e encurta a expectativa de vida diminui a probabilidade de realizar tais projetos. Depois de acumular evidência da

dificuldade de realizar projetos de vida maiores do que garantir a própria sobrevivência imediata, talvez não sonhar seja considerado –efetivamente – uma maneira “segura” de furtar-se a incorrer no risco de mergulhar em desalento e frustração ainda maiores. Deve ser visto como sinal de perda da qualidade de vida serem privadas desse atributo fundamental da *psiqué* humana, a *capacidade de desejar*. Estarem privadas desse motor da existência pode ser considerado quase como uma amputação da dimensão simbólica, infligida pelo sofrimento da experiência cotidiana em uma realidade hostil.

4.3 Qualidade de saúde

Dentre os fatores que condicionam o que nesta tese foi classificado como *qualidade de saúde* destacam-se nesta discussão os aspectos relacionados aos fatores somáticos e padrões endógenos, à percepção das sensações e emoções e à interpretação que as entrevistadas fazem de sua condição e situação de vida assim como aqueles relativos às técnicas ¹⁷⁶ e cuidados corporais. São discutidos especificamente a violência interpessoal; relação conjugal; filhos; redes sociais e; reconhecimento das desigualdades, no que tange ao primeiro aspecto. No que diz respeito ao segundo é apresentada a discussão sobre cor; percepção do corpo; cuidados corporais; sono; alimentação; sexo e; sensações cotidianas. Cumpre salientar que dois aspectos que dividem o grupo entrevistado em subgrupos com características distintas: a idade e o fato de acumular ou não dupla jornada de trabalho. Os

demais aspectos levantados despontam indiscriminadamente nas falas, reforçando a sensação de semelhança entre as histórias de vida.

4.3.1 Violência interpessoal

Caracteriza-se aqui violência interpessoal aqueles fenômenos agressivos cujo âmbito relaciona-se à conduta individual e a frequência remete ao cotidiano ¹⁷⁷. A violência interpessoal tem sido percebida como um fator de adoecimento tanto em diferentes disciplinas da área da saúde quanto para as ciências sociais. Esse fenômeno parece ter sido freqüente na infância entre as idosas e adultas entrevistadas, pois é mencionada constantemente. Muitas delas se referem ao pai com mágoa por terem sido obrigadas a casamentos indesejados ou por terem sido afastadas de suas mães muito novas, para trabalhar na casa de terceiros. Ao discorrer sobre o assunto chegam em alguns momentos a manifestar rancor, embora demonstrem sentir culpa por isso, principalmente se o pai já faleceu. Quando deixam escapar sua mágoa, batem na boca ou tapam-na demonstrando vergonha. Invocam também a clemência divina e pedem perdão a deus pelo que disseram.

Essa culpa por demonstrar um sentimento considerado negativo parece também reforçada por um medo atávico, infundido pelas situações de violência vividas, que em quase todos os relatos transparece na dificuldade de insurgir-se contra a autoridade paterna. O único caso que foge à regra, em relação ao qual a entrevistada admite desgostar de seu pai, refere-se a uma história muito mais trágica, na qual foi consumado o estupro, mediante sujeição por arma

branca, perpetrado pelo pai à filha pré-adolescente, após longo período de assédio ¹⁷⁸. Deve-se ressaltar, porém, que mesmo nessa situação a entrevistada só admitiu sua raiva porque havia sido atendida por uma psicóloga, na ocasião do abuso, o que parece ter-lhe eximido parte da culpa por sentir raiva. Ainda assim, afirma ter sido orientada pela profissional para entender que “a raiva destrói quem sente, sabia? Então, para não sentir isso prefiro pensar que ele está morto”.

Entre as adultas e idosas o relato de violência conjugal também é constante, variando quanto à característica, frequência e intensidade dos episódios. Três idosas e a mesma quantidade de adultas revelaram ter sofrido violência psicológica por parte de maridos que as ofendiam, chantageavam, xingavam, gritavam e ameaçavam. Dentre as idosas a que é separada contou que o marido quebrava os objetos da casa e que mais de uma vez tentou bater nela, sendo impedido pelos filhos e filhas. Antes de separar-se chegou a prestar queixa na Delegacia Especial de Atendimento à Mulher (DEAM).

A outra idosa, que casou obrigada e nunca viveu bem com o marido, sequer pronuncia seu nome chamando-o de “aquele homem”. Diz que não se separa por motivos religiosos e porque ele nunca bateu nela. Essa afirmação revela que essa idosa considera o casamento uma necessidade social, que deve ser mantida mesmo com dificuldade, sendo a violência física o limite mínimo da tolerância, indispensável para a vida em comum. Guardada a importância dos múltiplos elementos de ordem psicológica e social que se coadunam para cimentar a relação marital é possível observar a tendência das

mulheres agredidas a permanecerem nos relacionamentos quando lhes falta condição de garantir sua sobrevivência e a dos filhos ¹⁷⁹.

Reforça esta suposição o exemplo da adulta, citado anteriormente, que agora empregada pode se separar do marido agressor: “só quero viver em paz”. A outra adulta que descreve situação parecida também se separou do agressor, sendo que no seu caso tal atitude foi postergada muito tempo em virtude da dependência econômica e emocional. Essa entrevistada só conseguiu romper com essa situação num impulso: “entrei no ônibus e vim embora”. Reforçou sua decisão a aliança com a avó, que se dispôs a socorrê-la emprestando dinheiro e ficando com seus filhos, quando constatou que a neta corria sério risco de vida. Essas duas adultas contaram que seus companheiros eram muito violentos e que além de quebrar móveis, eletrodomésticos e outros objetos da casa ameaçavam as crianças e batiam freqüentemente nelas.

Para as três que já passaram por isso, a intermediação da DEAM e da Justiça não satisfaz, pois a morosidade para decretar o afastamento do lar do agressor, a pena de pagamento de cestas básicas (da qual eles zombam e não cumprem) e a demora em receber ajuda policial quando são atacadas, faz com que duvidem de sua eficácia. Apesar disso, recorrem a esses serviços nas vezes em que têm a casa invadida ou são ameaçadas, já que em muitos casos a ação policial é a única forma de inibir o agressor. Uma entrevistada, cujo irmão é solteiro e está desempregado, convidou-o a morar com ela, buscando assim diminuir as chances de ser agredida, já que a ajuda policial nem sempre é rápida o suficiente para evitar que a violência seja consumada.

Observa-se nos relatos das duas adultas separadas que o *status* do agressor parece fazer diferença na prontidão e rigor da ação da Justiça. A entrevistada cujo marido é usuário de drogas (pela sua descrição dos efeitos do consumo provavelmente merla) e desempregado consegue ter seus pedidos de ajuda respondidos com maior facilidade. A que foi casada com um policial não teve a mesma sorte: para sair viva da relação teve que abrir mão de tudo que possuía e até mesmo de receber pensão para os quatro filhos, pois “ele me ameaçou de arma. Se eu entrasse na Justiça ele poderia até me matar... aí eu deixei, minha vida é mais importante”.

O dimorfismo que pauta essa violência, que fundamenta a subjugação do sexo feminino, nesses casos soma ao uso da força física outros elementos de ordem social que aumentam o poder a acuar do agressor. Enfrentar cotidianamente a violência física e psicológica produz sensação de cansaço, fadiga e tristeza nessas mulheres. Como a afirmou uma delas “chegar do serviço cansada e encontrar o marido bêbado e ainda por cima violento dá muito cansaço de viver... eu luto para construir e ele vem atrás destruindo”. Fica claro que a condição de subordinação a que estão submetidas essas mulheres em decorrência da característica dos papéis de gênero em nossa sociedade é fator de vulneração, implicando na perda de elementos indispensáveis à qualidade de vida, como auto-estima e autonomia. A ausência desses elementos revela-se então um obstáculo para alcançar a própria libertação, empoderamento e emancipação.

Deve-se assinalar a respeito, que apenas muito recentemente a violência doméstica passou a ser visibilizada na sociedade brasileira, sendo, a

partir de então, considerada fator de perda da qualidade de vida e indutor do adoecimento. A vulneração a que estão expostas devido à sua condição e situação de vida (e aos papéis sociais subalternos que devem desempenhar) encontra sua expressão na dimensão fenomenológica na violência interpessoal na esfera doméstica da qual são alvo, que sintetiza e incorpora a violência de gênero (e a desvalorização das mulheres) amplamente disseminada nas representações e práticas sociais.

Além da violência doméstica, comum à vida de mulheres de qualquer cor e classe social, recai sobre esse grupo a consequência de outra forma de violência interpessoal, perpetrada em espaço público. Duas idosas e uma adulta relatam que perderam os filhos já adolescentes ou no início da idade adulta. É importante salientar que esse infortúnio parece ser relativamente comum na vida das mulheres desse segmento, já que foi relatado por três entrevistadas, o que corresponde a um terço ($\frac{1}{4}$) do total. Considerando que as entrevistadas foram escolhidas aleatoriamente pode-se pressupor que perder os filhos na adolescência ou já adultos seja uma ocorrência mais ou menos freqüente na vida das mulheres desse segmento.

Esse dado encontrado no trabalho de campo faz lembrar de estudo amostral realizado na Região Metropolitana da Grande São Paulo. Esse estudo mostra que os óbitos por causas externas, especificamente os homicídios de adolescentes e jovens do sexo masculino, vem crescendo ano a ano. Segundo dados informa aquele trabalho, é possível perceber o mesmo fato em todas as grandes metrópoles do país, nas quais, da mesma forma, se expressa a tendência ao aumento da mortalidade por causas externas nesse grupo etário

¹⁸⁰. Isso torna claro que, em decorrência dos laços de parentesco, a violência interpessoal perpetrada no espaço público que incide sobre os homens jovens acaba também por repercutir de maneira negativa na existência das entrevistadas, tirando a vida de seus filhos ou cônjuges e lançando-as na depressão, na dor e sofrimento.

4.3.2 Conjugalidade

A manutenção do casamento como decorrência da paixão, do afeto e da sexualidade é marcante nas entrevistas de duas das jovens casadas. Uma delas, bastante apaixonada, revela um esforço constante para construir uma vida idílica, que chega a parecer uma versão adulta da brincadeira de casinha. A segunda também confessa ser muito apaixonada pelo marido: “se não fosse não perdoava as duas vezes que me traiu! Duas que eu tive certeza, né?”. A terceira jovem casada não se casou por amor, mas porque ficou grávida. Transparece em sua fala que seu casamento segue o modelo tradicional, que implica em uma rígida divisão do trabalho entre os sexos, ela responsável pelo trabalho doméstico e ele por prover o sustento da família ¹⁸¹. No entanto, ela parece feliz com sua situação, pois não quer voltar trabalhar fora como doméstica: “Eu gosto porque ele me trata bem. É uma pessoa muito boa. Quando uma pessoa trata a gente bem, a gente gosta, né?”.

Se a paixão desponta na fala dessas duas jovens como a razão principal para o casamento, está ausente nos relatos das mulheres com mais idade. Salvo uma única idosa, que se casou por amor e manteve esse sentimento por

toda vida conjugal, para as demais a relação com o parceiro baseia-se principalmente em compartilhar a manutenção da família e unir esforços para conseguir uma vida melhor. Dentre as adultas, o sonho do amor romântico parece estar perdido em um momento do passado, relacionado à paixão por um antigo namorado, noivo ou o pai de seu primeiro filho, mesmo que, em geral, esse homem seja descrito como alguém que as enganou e abandonou. Este padrão simbólico vem ao encontro da tese que advoga que o amor romântico baseia-se em um modelo ideal estando por isso – necessariamente – circunscrito ao imaginário e, conseqüentemente, fadado à irrealização ¹⁸².

O fato de duas dentre as mais novas acreditarem na paixão mostra que ela se tornou um fator importante para definir as relações conjugais também entre as classes populares. Na versão pós-moderna do amor romântico aos papéis tradicionalmente atribuídos às mulheres nas relações estáveis entre os sexos, de boas esposas e mães cuidadosas, é acrescentada a exigência de que sejam também parceiras sexuais sempre estimulantes, colocando em relevo a sexualidade conjugal ¹⁵⁷.

Como a paixão destaca-se na cena conjugal a dependência econômica torna-se pano de fundo. Em decorrência disso o ciúme tende a ser interpretado apenas pela ótica romântica, constituindo-se sinal inegável da amorosidade sem que se avalie que pode estar indicando também assimetria nos papéis sociais entre os sexos e imposição à subalternidade. Isso contribui para que essas jovens olvidem sua situação de dependência e busquem arduamente manter a paixão no relacionamento, mesmo quando os “ciúmes” dos maridos chega a tolher seus menores passos. Essa interpretação dos ciúmes e da

possessividade como sinal de amor, que decorre do ideal romântico, faz com que as restrições a sua liberdade sejam aceitas, senão de bom grado ao menos com tolerância.

Se a assimetria nos papéis sociais entre os sexos implica na vulneração feminina, pois prescreve a subalternidade das mulheres, condicionando sua possibilidade de realização pessoal e construção de identidade à relação com o homem, o ideal romântico adquire uma face excepcionalmente perversa a medida que as impulsiona a desejar e lutar para conquistar esse padrão de relacionamento e mantê-lo a todo custo ¹⁸³. Como neste padrão os homens (e suas necessidades) são vistos como centro de um sistema solar em redor do qual as mulheres orbitam ¹⁸⁴, elas acabam por reproduzir no cotidiano os valores atribuídos a cada sexo e a assimetria nas relações deles decorrentes, aceitando assim, quase sem reservas, a diminuição de sua qualidade de vida. Sob tal molde é quase inevitável que a conjugalidade acabe por produzir uma vida eivada de restrições e marcada pela violência.

4.3.3 Filhos

Circunscritas à trama de uma vida sem esperanças essas mulheres lutam para desmanchar os nós que as impedem de tecer os fios da própria existência segundo suas esperanças e sonhos. Nessa luta desigual contra uma ordem social que lhes impingiu desde o nascimento uma série de desvantagens se esmeram no cuidado com os filhos, citados por todas como fontes de seus maiores prazeres e alegrias. Os filhos parecem representar uma

realização concreta e seu bem-estar uma vitória pessoal frente às adversidades de sua condição de vida.

Pelo bem dos filhos acumulam trabalho e responsabilidades em casa; no trabalho fora de casa ou nos dois, buscando garantir a vida e a felicidade possível àqueles que delas dependem. As idosas, cujos filhos já estão adultos, transferem parte substancial de seus rendimentos para, direta ou indiretamente, auxiliar os filhos: “você acredita que nunca juntei nem R\$100,00?”. As adultas que ainda têm filhos pequenos e trabalham fora destinam a suas crianças todo o resto de seu tempo disponível, revelando que com isso deixam de ter oportunidade (tempo e dinheiro) para o cuidado consigo mesmas. As jovens, que por força das circunstâncias se dedicam inteiramente ao cuidado das crianças e da moradia, demonstram o quanto lhes é difícil assumir ininterruptamente tais responsabilidades. Essa dificuldade relaciona-se não apenas à natureza das atividades domésticas, mas, principalmente, à característica vertical e unilateral da relação com os filhos, que implica em dedicação constante, carinhosa e calma. As entrevistadas relatam que algumas vezes precisam se conter muito para não ficarem “estressadas” com os filhos, especialmente quando alguma das crianças está doente, “manhosa” ou “atentada”.

Também em relação aos filhos revela-se a armadilha de gênero que marca os papéis femininos e vulnera as mulheres. Cunhada a partir da capacidade orgânica para a reprodução e moldada sob o estereótipo da amorosidade abnegada¹⁸⁵ a maternidade retrata a conjugação entre a função reprodutiva, na perspectiva puramente biológica, e moralidade, na dimensão

das relações sociais. Atuando exatamente da mesma maneira que o ideal do amor romântico em relação à conjugalidade, a naturalização e essencialização do amor materno ¹⁸⁵, acabam por se tornar um fator que aumenta o trabalho e a responsabilidade das mulheres, contribuindo para a diminuição de sua qualidade de vida. Embora seja percebida e conotada como uma maneira de alcançar a realização pessoal, a maternidade, tal como as entrevistadas experimentam, revela-se mais um fator que aumenta sua vulnerabilidade, já que, devido a sua situação econômica, elas não têm meios de suprir por si mesmas a ausência de políticas públicas voltadas à primeira infância:

“A falta desses equipamentos sociais de apoio a meninas e meninos nessa faixa etária, fundamentalmente aqueles em situação de vulnerabilidade social, prejudica seu desenvolvimento e sobrecarrega as mulheres, que continuam a arcar sozinhas com a responsabilidade pelo cuidado de filhos e filhas, restringindo assim suas oportunidades profissionais, econômicas e políticas além de sua mobilidade social. Essa situação contribui para a manutenção da desigualdade de gênero e da discriminação contra as mulheres, além de ferir a própria legislação brasileira” ¹⁸⁶.

4.3.4 Redes sociais e religião

A precariedade econômica da vida das classes populares, em geral, e das entrevistadas, em específico, colabora sobremaneira para que desenvolvam padrões solidários em suas relações familiares, de parentesco e amizade. Acolher um parente ou amigo em dificuldades pode significar a diferença entre o abrigo e o total desamparo. Como, geralmente, esse tipo de ajuda implica no compromisso da retribuição, acaba por fomentar uma forma de rede social que, solidária e informalmente, acolhe as pessoas em situação

de maior necessidade. Tais redes revelam-se essenciais para a manutenção do dia-a-dia, minimizando as agruras do cotidiano.

Essas redes informais de ajuda mútua, que estabelecem com familiares e vizinhas, parecem cumprir dois objetivos sociais inter-relacionados: marcar a diferença na posição social entre quem cede um bem ou presta um serviço e, ao mesmo tempo, estabelecer a obrigação da reciprocidade ¹⁴³. As entrevistadas cedem parte de seus alimentos àquelas que estão mais necessitadas e permitindo o uso de eletrodomésticos, como geladeira e liquidificador e telefone: “Quando compro carne, minhas amigas dizem ‘me dá um pedacinho de carne, têm três dias que não como um pedaço de carne’ e eu dou”. Além de comida, utensílios e eletrodomésticos elas passam umas para as outras as roupas das crianças em condições de uso ou as que ganham das patroas que não pretendem usar:

“Se eu disser para você quanto custou uma roupa para meus filhos estarei mentindo porque faz muito tempo que não posso comprar roupa para eles. Geralmente tenho muitas colegas, uma vem com uma chinela outra com um tênis e aí vou passando. Se eu for comprar roupas, eles morrem de fome”.

Há que se notar que a formação dessas redes parece preencher uma parcela da função que geralmente se atribui ao Estado na sociedade brasileira, de suprir todas as demandas da coletividade. Frente à falta de tais funções na esfera pública, a sociabilidade relacional, característica do espaço doméstico,

como que “transborda” para o espaço público, visando suprir as necessidades elementares ¹⁸⁷. Sem descaracterizar a importância de o Estado voltar-se a essas populações, procurando responder a suas necessidades, há que se notar que, essa forma de mutualismo, que atua como um sucedâneo para a ausência de políticas públicas de infra-estrutura, educação, trabalho e renda para o segmento, aponta para um processo de articulação do coletivo que precisa ser observado e, se possível, reproduzido em outras dimensões. O estabelecimento dessas redes não apenas impede que essas mulheres caiam no desamparo, mas também estimula a formação de laços sociais e de noção de pertencimento, favorecendo a construção de objetivos comuns à coletividade: “Uma tomada de consciência torna-se possível ali mesmo onde o fenômeno da escassez é mais sensível” ¹⁸⁸.

Mas não é só a precariedade de suas vidas que estimula a formação dessas redes solidárias. Outro fator que propicia esse processo é partilhar a mesma religião, circunstância que tende a homogeneizar o comportamento coletivo a partir de uma mesma moralidade. As entrevistadas que vivem essa situação afirmaram que as redes formadas em decorrência da identidade religiosa contribuem para aumentar a tranquilidade local e estimular as boas relações de vizinhança.

De qualquer forma, freqüentar os rituais e as atividades recreativas no âmbito das igrejas são atividades eminentemente sociais, que somam o aspecto da religiosidade propriamente dita a uma forma socialmente aceita e pouco dispendiosa de socialização. Excetuando-se uma entrevistada jovem que relata sempre fazer passeios com o marido e as filhas, a falta de dinheiro

para o lazer e as atividades culturais é recorrente e, frente a ela ir a igreja, ainda que não seja para rezar, mas apenas para confraternizar-se com os outros, parece ser a válvula de escape, o esteio que as ampara, aumentando sua resistência frente às adversidades. Nessas condições, a ida à igreja é definida por nove, dentre as doze entrevistadas, como sua principal “diversão”.

Se a maioria delas segue alguma religião, outras vão aos mais diversos cultos em busca de “paz de espírito”. Nesses casos, a religião ou a igreja parece não importar muito (desde que não seja “macumba”), quase como se o que estivessem escolhendo fosse uma seção de cinema. Tanto para as que seguem uma única religião quanto para aquelas que participam de cerimônias e, igrejas diferentes, ir à missa ou aos cultos faz com que se sintam “leves”; “em paz”; “calmas”, pois esse parece ser um momento de redenção, quando se sentem consoladas das agruras do cotidiano. Além disso, o período em que acompanham essas atividades constitui-se a maior parte do pouco tempo de descanso e privacidade que conseguem ter: “Estar escutando a palavra de Deus, não ter que fazer nada, não ter nada te perturbando, é muito bom”.

É interessante notar que das que freqüentam uma igreja aquelas perderam um ente querido, o marido ou algum filho (na infância ou já adultos) parecem mais conformadas. As duas que experimentam situação similar sem contar com o amparo de uma religião revelam sofrer crises de depressão e uma delas faz uso de medicamentos para superá-las. Disso se pode deduzir que, ao menos para essas pessoas, a religião e a psiquiatria cumprem função similar ainda que por meios distintos.

Outras formas de lazer e socialização fora do espaço doméstico citadas são os festejos comemorativos na escola dos filhos, as saídas com eles para passeios no Jardim Zoológico, Shoppings, ou casa de parentes e amigos. Vão também às festas patrocinadas por políticos ou pelo poder público e, às vezes, a um bar, restaurante ou lanchonete, com o marido, parentes ou amigas.

4.3.6 Reconhecimento das desigualdades

Todas reconhecem que existem diferenças na qualidade de vida entre homens e mulheres e as identificam fartamente. Idosas, adultas e jovens consideram a vida dos homens muito melhor que a das mulheres: “Desde o começo do mundo eles tiveram uma vida melhor”. Afirmam que por não arcarem com o trabalho e as responsabilidades domésticas os homens trabalham menos e têm poucas preocupações em relação à casa e aos filhos. Contam que os maridos chegam em casa e vão ver televisão cabendo a elas servi-los, sendo que uma delas ainda afirma: “tudo de ruim ficou para a mulher: gravidez, menstruação... para o homem as coisas são mais fáceis... é só trabalhar e colocar comida em casa. Só isso. O resto a mulher tem que garantir tudo”.

As diferenças apontadas não se resumem à biologia ou ao papel social atribuído a cada sexo. A assimetria é percebida também no *status* e no poder de mulheres e homens. As entrevistadas dizem que quando trabalham em empresa os homens ganham mais, mesmo quando o serviço desempenhado é igual, e “sempre querem mandar”. Além disso, indicam que a desigualdade

entre os sexos se manifesta na dupla moral sexual que condiciona o comportamento diferenciado para cada sexo, especialmente no que diz respeito ao lazer e ao desfrute da sexualidade: “A mulher não pode sentar num bar para tomar uma cerveja que já comentam, o homem não. O homem pode ter mais de uma mulher e a mulher não pode ter mais de um homem”.

Vale salientar, no entanto, que a entrevistada mais jovem discorda dessa perspectiva. Ela diz que a vida das mulheres lhe parece melhor “porque elas estudam e os homens não e viram usuários de drogas e ladrões”. Essa afirmativa aponta para dois fenômenos concomitantes que vêm se acentuando na sociedade brasileira: por um lado, o aumento da escolaridade feminina ¹⁷⁴ em comparação com a masculina e por outro a intensificação da violência interpessoal entre jovens do sexo masculino, especialmente nas áreas urbanas, que esta jovem presencia em seu cotidiano ¹⁸⁰. Na fala dessa jovem esses dois fenômenos parecem interligados e, em grande parte, decorrentes do desestímulo que a falta de trabalho e oportunidade de melhoria profissional imprime na vida dos homens nesse meio social.

Seja porque comparam suas vida à de seus padrões seja porque vêm na televisão exemplos reais e fictícios da vida das classes mais abastadas, também podem estabelecer com facilidade paralelo entre aspectos do cotidiano de ricos e pobres. Dez entrevistadas consideram que a vida das pessoas com mais dinheiro é melhor, pois podem desfrutar de mais conforto e viver com menos preocupação: dar boa educação aos filhos e ter “um bom plano de saúde”. Esses dois aspectos, estreitamente relacionados à libertação, tal como caracterizada nesta tese, demonstra, mais uma vez que as entrevistadas são

vulneradas pela desigualdade social e pela moralidade que permite (e compactua) com a existência dessa desigualdade. Porém duas entrevistadas discordam disso, pois para elas as pessoas ricas são “metidas” e por isso devem ser solitárias e mal amadas, não sabem o que fazer com seu dinheiro e vivem preocupadas com esse assunto, além de serem “perseguidas pelos bandidos”. No que diz respeito à discriminação em decorrência da classe social a metade das entrevistadas afirma já ter sido mal atendida em lojas e a mais jovem chega a afirmar que se sente discriminada na escola em decorrência de seu local de moradia: “Eles dizem que sou da favela, que aqui só mora gente pobre, ladrão, sujo”.

A facilidade em explicitar as diferenças socioeconômicas e de gênero não se repete quando o assunto é cor. Se o corpo, por não poder ser desvinculado da pessoa a que pertence, configura-se como “o mais íntimo e importante dos signos” que marcam as assimetrias sociais e as desigualdades de distribuição do poder ¹¹⁸, deve-se perceber que a interpretação dessa corporeidade é diretamente mediada pelos valores atribuídos às diferenças. À diferença da desigualdade de gênero, a discriminação de cor não era admitida em nossa “democracia racial” até poucos anos atrás, fazendo com que a dificuldade em reconhecê-la ainda seja muito grande.

Essa afirmação parece confirmada na fala das duas entrevistadas que mais abertamente e com maior facilidade conseguiram expressar-se sobre esse tipo de discriminação. As duas são jovens, nascidas entre 13 e 17 anos atrás, em uma época em que o preconceito de cor começou a ser visibilizado e o racismo discutido em nossa sociedade. A mais jovem delas contou que se

sente maltratada “por pessoas brancas falando que somos burros porque somos pretos”. Disso se conclui que não dar visibilidade ao preconceito e à discriminação é moralmente condenável já que sua ocultação é fator de manutenção do racismo.

Somente algumas entrevistadas e, com alguma insistência, conseguem apontar diferenças na vida das pessoas negras e brancas. Quando resolvem falar sobre a discriminação por cor reconhecem ter presenciado ou vivido essas situações na busca de emprego, que, segundo informam é preferencialmente dado a pessoas brancas: “Fiz um treinamento numa empresa ano passado e tinham muitas pessoas clarinhas e as mais moreninhas ficaram na lista de espera”. A socialização escolar é apontada como outro momento em que a discriminação se acentua. Uma idosa relatou que na época em que seus filhos iam a escola era freqüente voltarem chorando porque “ele me chamou de neguinho”.

Uma entrevistada idosa, que não por acaso se classifica como morena, contou como eram tratadas as pessoas negras em sua terra natal: “Eu não tenho vergonha de nada porque tenho meu cabelo bom, sou dessa cor parda, não sou preeeta, preta. Mas minha família tem preconceito. Se tiver uma festa e chegar uma pessoa bem escurinha e com cabelo ruim as pessoas colocam ela para fora (*sic*). Na minha cidade é assim... as polícias, guardas, porteiros mandam... têm que sair, né?”.

Apesar de reconhecerem essas desigualdades e afirmarem ter vivenciado situações nas quais se manifestam, poucas delas admitem na primeira resposta sentir raiva disso. Esse paradoxo remete à explicação sobre

a construção do perfil psicológico das classes populares, mas devido à complexidade do assunto considera-se pertinente fazer uma pequena digressão para tentar entrever as razões de resposta tão contraditória. Talvez uma das razões para isso decorra do comportamento associado a essa emoção. As emoções movem os seres humanos e, em sua manifestação no comportamento pode-se identificar dois principais vetores que direcionam o movimento: um que afasta daquilo que produz a emoção e outro que aproxima. A principal emoção associada ao afastamento é o medo e dentre aquelas relacionadas à aproximação encontramos o amor e a raiva, que, da mesma forma, impelem em direção ao objeto que desperta a emoção, embora por razões distintas.

Se em relação ao medo a resposta comportamental tende a ser pronta, já que fugir de algo que nos atemoriza pode garantir a sobrevivência, em relação ao amor e à raiva a tendência manifesta nos seres humanos, principalmente nos adultos, é ponderar sobre a pertinência de seguir o impulso produzido pela emoção. Especificamente em relação à raiva essa ponderação incorpora um julgamento sobre as conseqüências de um enfrentamento. Pode-se dizer que a raiva é sopesada à luz do medo. Na maior parte das vezes, mesmo quando sentem raiva, os seres humanos optam por não enfrentar forças que considerem superiores à sua. A essa regra fogem os casos extremos, aos quais se atribui “raiva cega”, em relação à qual à falta de julgamento é, muitas vezes, associada à insanidade temporária.

O julgamento que pondera sobre a pertinência da ação decorrente da raiva implica em considerar múltiplos fatores que determinam a correlação de

forças que se deve enfrentar. Se em primeiro lugar a força física desponta como parâmetro para nortear a pertinência da ação, outros fatores que definem as hierarquias sociais somam-se a ela no processo de decidir sobre a adoção de um comportamento induzido por essa emoção. Assim, em geral, os mais fracos não atacam os mais fortes da mesma maneira que os subordinados não se voltam contra seus superiores. Como descrito na velha piada, o patrão reclama com o empregado, que briga com a mulher, que bate nos filhos que chutam o cachorro. E, a menos que esse seja um “cachorro louco”, tudo fica por isso mesmo, demonstrando a dificuldade de revidar.

Essa anedota mostra exemplarmente que devido à ponderação que precede o enfrentamento, prevalece a tendência da raiva ser direcionada para quem tem menor capacidade de reagir. No caso das entrevistadas, que segundo vimos estão na base da pirâmide social em todos os tipos de indicadores, a possibilidade de reação é bastante reduzida seja no âmbito das relações privadas ou espaço público. A vulnerabilidade social desse segmento dificulta sua reação, freada também pelo condicionamento inculcado pela ação dos preconceitos. Como vítimas preferenciais da segregação por gênero, cor e classe social essas mulheres tendem a negar essa emoção porque a discriminação da qual foram alvo desde que nasceram lhes condicionou tanto a naturalizar a injustiça, quanto a sentir que a raiva pode atrair sobre elas o ressentimento das pessoas, gerando assim ainda mais perseguição.

A situação de desvantagem social de suas vidas impede que respondam no mesmo tom às injustiças que lhes são imputadas. Como não têm muita esperança de transformar definitivamente a situação em que vivem evitam falar

sobre isso, evidenciando que a injustiça que se abate sobre elas é tão desproporcional que não lhes permite sequer sentir revolta. Isso pode explicar porque de início afirmam sempre não sentir raiva. Sua impotência para alterar sua situação de vida pode explicar o por quê da ausência dessa resposta legítima. Se apenas sentir qualquer forma de revolta já é o suficiente para desencadear sobre elas a discriminação e o racismo, manifestar abertamente essas emoções aumenta ainda mais tal risco. O esforço para suprimir a raiva, para relevar a injustiça das circunstâncias que a provocam e esquecer a desigualdade que se perpetua com essa sublimação, pode ser um dos fatores que alimenta a constante sensação de impotência, que chega a impedir qualquer ação efetiva.

Além disso, se a expressão da raiva tende a ocorrer com maior freqüência entre indivíduos que se consideram relativamente equânimes em força física, não é de se estranhar que se manifeste especialmente entre os homens que, muito mais que as mulheres, são dotados de tal atributo. Por isso, de maneira geral em nossa sociedade, a raiva é vista como uma emoção eminentemente masculina, pois a agressividade que dela pode decorrer gera comportamentos aceitos (ou compreensíveis) apenas para os homens, especialmente no espaço público. Em virtude disso as mulheres são ensinadas a suprimir a raiva e adestradas para não manifestá-la quando a sentem, o que também indica a existência de uma moralidade diferenciada para cada sexo.

Nos dois casos, é importante perceber que de maneira geral os seres humanos ainda não conseguiram encontrar formas de lidar com essa emoção, pois se a sistemática sublimação da raiva exigida das mulheres pode

vulnerabilizá-las ainda mais, agravando o sentimento de impotência, a relativa aceitação dessa emoção para os homens também cobra um preço alto, principalmente entre os jovens que em decorrência de sua impetuosidade são as maiores vítimas de agravos por causas externas. Deve-se considerar ainda que o cotidiano do segmento analisado nesse trabalho é fartamente preenchido por situações injustas que predisõem à raiva, condição que aumenta exponencialmente a possibilidade de pessoas dos dois sexos sofrerem seus efeitos, seja na forma de patologias físicas e psíquicas decorrentes da sensação de impotência seja como conseqüência de agravos decorrentes de comportamentos agressivos, adotados sob o influxo dessa emoção.

Um olhar mais atento sobre tais respostas, avaliando também a forma pronta e enfática como foram proferidas leva a elaborar ainda uma outra hipótese, que se conjuga às anteriores, para explicar a dificuldade em admitir a raiva. Além de ser uma emoção considerada imprópria para as mulheres, sentir raiva em decorrência das desigualdades pode ser associado a outro sentimento tido como negativo em nossa sociedade e repreensível: a inveja. Talvez por isso a ausência de raiva tenha sido justificada tão freqüentemente e de modo tão pronto pela expressão “não sou invejosa” ou “não sou egoísta”. É possível pressupor que parte da resistência em assumir a raiva decorra da visão negativa relacionada à inveja e do temor de serem vistas como pessoas más por sentirem tais emoções. Reforça essa idéia a fala de uma entrevistada que assegura não sentir inveja e justifica sua emoção frente às desigualdades em uma interpretação própria dos Direitos Humanos:

“Não tenho raiva porque fulano tem isso e eu não. Não tenho inveja de nada... por não ter alguma coisa. Eu tenho sim um pouco [de raiva] porque nós deveríamos ser como seres humanos, ser todos iguais perante tudo: moradia, escolaridade, salário, igualdade escolar de direito. Entre homens e mulheres, pobres e ricos, todos. Independente de qual for a raça. Deveríamos ser iguais em tudo”.

O trecho acima, proferido por alguém que não frequenta nenhuma igreja por “não gostar da conversa de padre”, leva ainda a considerar que a dificuldade em manifestar a raiva, pode estar relacionada à moral religiosa cristã, especialmente no catolicismo, que prega a docilidade na dimensão individual e aceitação do *status quo* em uma sociedade estratificada no plano coletivo. Respostas como “não ligo porque não afeta minha vida”; “cada um tem seu lugar na sociedade” ou “é assim porque Deus quer”, parecem derivadas do papel que essas moralidades têm no controle social das emoções.

As entrevistadas que não admitem em nenhum momento sentir raiva são católicas, religião que prega a aceitação dos infortúnios com paciência e promete aos pobres e humildes o desfrute da felicidade apenas no “reino dos céus”. As entrevistadas que são de outras religiões cristãs conseguem reconhecer que sentem essa emoção com mais facilidade, mesmo que tenham manifestado inicialmente resistência em admiti-la. Pode ser uma explicação para isso o fato da moralidade protestante não confrontar à busca da realização econômica ¹⁸⁹ além do fato de que para essas religiões a motivação

para “ganharem o céu” é oposta, pois tem mais mérito aquele que tiver mais atividade e eficiência ¹⁹⁰:

“A riqueza é condenável eticamente, só na medida que constituir uma tentação para a vadiagem e para o aproveitamento pecaminoso da vida (...) Mas, como empreendimento de um dever vocacional, ela não é apenas moralmente permissível, como diretamente recomendada” ¹⁹¹.

Quando são instigadas a falar mais sobre o assunto rapidamente percebem que, ao menos na entrevista, não correm perigo por expressar a raiva, pois não vão ser julgadas se admitirem sentir tal emoção: “Fico com muita raiva... tenho vontade de enfiar a mão na cara”. Falam então de sua revolta frente à desigualdade que marca tantos aspectos de suas vidas: “Quando eu lembro dessas coisas, às vezes eu fico com raiva. Mesmo que a gente queira se controlar o ser humano fala mais alto. Pôxa vida! Por quê uns têm tanto e outros não têm nada? Uns são protegidos e outros não? Porque sou pobre? Por que sou negra? Me ficam assim essas dúvidas”.

Uma entrevistada que teve o filho morto em um crime até hoje não punido também acabou por admitir abertamente sua revolta. Por ter sofrido muito com a dor dessa perda e vivido a injustiça da desigualdade de maneira extrema, pelo fato do assassino não ter sido devidamente castigado, considera que as leis não se aplicam igualmente para os ricos e os pobres:

“Por exemplo, meu filho que morreu... Se eu fosse rica já tinha colocado o criminoso que matou ele na cadeia. Mas como ele era pobre e filho de pobre... não pude pagar um bom detetive, um advogado ou sei lá o quê

e aquele criminoso ainda está impune, criando revolta no coração dos filhos que estão rapazes hoje”.

4.3.7 Cor

O preconceito, a discriminação e o racismo que se tornam evidentes nas tentativas de sublimar a raiva e a revolta derivadas das desigualdades, transparecem também na dificuldade manifestada pelas entrevistadas para identificar sua própria cor. À pergunta: “quando o Censo do IBGE vem te entrevistar e pergunta sua cor, o que você responde?” cinco dessas doze mulheres se identificaram como pardas, embora duas delas afirmem não ter certeza. Duas se definiram como morenas, uma não soube especificar a própria cor e apenas quatro se identificaram como negras. Dessas, duas contaram que “aprenderam na escola” sobre sua identidade: “Negra, né? Somos uma mistura. Eu estudei isso na escola”; “Bom nos documentos diz que sou parda, mas nós falamos negras porque aprendi que a gente é negro ou branco. O professor falou que pardo não é cor”. Essa dúvida indica o quanto a questão é controversa e pode ser angustiante, sugerindo ainda que quem – de fato – sofre com o preconceito devido a cor e com o racismo têm maior dificuldade em identificar-se como parte do segmento mais discriminado. E é justamente isso, essa tentativa ao mesmo tempo canhestra e singela de ocultar uma condição que implica em exclusão social que mostra a incidência do racismo em suas vidas.

Se a cor da pele foi identificada como um fator que desperta preconceito no convívio social e na conquista de postos de trabalho, o cabelo foi uma outra característica que estigmatiza as pessoas negras, citada em todas as entrevistas. Como exemplificado anteriormente, as entrevistadas que têm cabelos lisos, mesmo com pele escura, referem-se a eles como cabelo “bom”. Mesmo as idosas, contam com orgulho quanto seus cabelos são ou já foram apreciados. Uma entrevistada manifestou muito contentamento ao relatar que pode provar para a sogra (que estava lhe menosprezando por sua cor) que seus cabelos lisos eram naturais e não peruca. As que se classificam como tendo cabelo “ruim”, ou seja, crespo, identificam entre os cuidados de beleza que mais apreciam o alisamento, chapinha ou escova, reforçando a importância dos cabelos lisos como fator de aceitação: “o meu cabelo não gosto. Minha maior vontade é que eu queria ter condições de fazer um tratamento nele, deixá-lo maior... mais liso” (*sic.*)

Essas falas mostram que o padrão de beleza reproduz moldes focados nas pessoas de cor branca, com características caucasianas, como cor dos olhos e formato do nariz, que são transformadas em ícones da cultura de mídia. Isso contribui para que essas mulheres se sintam inferiorizadas por sua aparência. Além destes sinais a cultura também define que só é belo o cabelo “bom”, ou liso, diminuindo a segurança e a auto-estima e aumentando ainda mais a vulnerabilidade que afeta as mulheres desse segmento.

4.3.8 Cuidados corporais

Os relatos mostram que aos cuidados corporais a que se referem as entrevistadas são os mesmos de mulheres de outras classes sociais. O fato de existir tal identidade, que perpassa as diferentes classes sociais, é relativamente novo e indica que as práticas relativas aos cuidados corporais vêm sendo difundidas coletivamente, talvez pela escola, ou pelos meios de comunicação de massa, principalmente a televisão. Em pesquisa realizada na década de 1980 por Muraro ¹⁹² com mulheres camponesas, operárias e da burguesia, em Pernambuco, São Paulo e Rio de Janeiro, respectivamente, mostra uma grande diversidade nos padrões de cuidados corporais e nas formas de se referir a eles. Trabalho precursor de Boltanski, na França na década de 1960 ¹⁹³, também aponta essa diferença que não encontramos nas entrevistadas. Todas gostam (ou gostaram) de se cuidar e identificam higiene e beleza. A forma de falar sobre os cuidados corporais, sem qualquer inibição, também difere do padrão encontrado nesses dois trabalhos, que ressaltam o pudor das classes populares, em geral e, principalmente das mulheres das áreas rurais, como é o caso (ao menos) das idosas.

As entrevistadas demonstram partilhar das preocupações comuns a todas as mulheres em nossa sociedade, independente da classe social, no que diz respeito aos cuidados de higiene, saúde e beleza. Cuidarem-se é algo que contribui para aumentar a auto-estima fazendo com que se sintam bem: “Olho no espelho o tempo todo que é para me levantar, para ficar animada, porque na situação em que ando é bem fácil deixar cair”.

Para as mulheres o reconhecimento do poder da beleza, abundantemente propagandeado e ilustrado por exemplos de histórias de vida

nos meios de comunicação de massa, se configura como o principal elemento nivelador das desigualdades entre os sexos. Em nossa sociedade, quando são consideradas belas as mulheres têm maior oportunidade de ascender socialmente, seja por meio do casamento, por conquistarem um posto de trabalho ou mesmo por adotarem alguma profissão para a qual isso seja considerado pré-requisito fundamental. Por isso, se sentirem bonitas e perceberem que as outras pessoas concordam as deixam felizes, aumenta sua autoconfiança e transmite-lhes a impressão de que o reconhecimento de sua beleza confere um poder que as coloca acima dos demais: “me sinto como se tivesse flutuando”.

Em resposta ao que fazem para se cuidar todas as entrevistadas citam o banho como a forma de cuidado básica e essencial. Relatam que após lavarem-se gostam de passar creme no corpo e perfume. Se a adoção desses procedimentos decorre, em grande medida, de uma necessidade funcional, principalmente no caso do hidratante relacionado à sensação de bem-estar frente ao clima sazonalmente seco da Região Central do país, a estética também influencia na adoção de tais hábitos: “A pele fica assim... mais macia, gostosa... mais bonita”. A referência à beleza em grande parte das falas parece indicar que os cuidados corporais não são considerados importantes apenas para o próprio bem-estar, mas que se destinam a produzir (ou aumentar) a beleza dessas mulheres. Essa característica agrega ao cuidado corporal a dimensão relacional, já que se procura estar bonita para o olhar do outro.

Apesar de se revelarem faceiras sua situação econômica muitas vezes impede que se cuidem como gostariam, dificultando a ida ao salão de beleza e

a aquisição de cosméticos. Em decorrência das restrições orçamentárias os cremes específicos para o rosto e colo só são usados por aquelas que estão em melhor situação de vida. Se a condição econômica atua como um fator que determina suas escolhas em relação a esses cuidados básicos, aos quais todas atribuem um papel importante para manutenção de seu bem-estar físico e psíquico, restringe também sua possibilidade de desfrutá-lo a escassez de tempo, principalmente nos casos das que trabalham fora e que têm filhos pequenos: “nunca sobra tempo livre pra mim descansar” (*sic*).

Tratar do cabelo tingindo-o, alisando, enrolando, fazendo escova e vários tipos de penteados também é freqüentemente citado como formas importantes de cuidado consigo mesmas, principalmente pelas adultas e jovens. As idosas não manifestam tanta preocupação com os cabelos, embora uma tenha explicitado que os tinge porque se tornaram brancos e duas tenham dito que procuram fazer algum tipo de penteado quando vão sair. Uma delas afirma que os trás sempre cobertos e a outra diz que usa lenço para trabalhar, remetendo a um costume arcaico que ainda é mantido nas áreas rurais. A maquiagem também é muito apreciada pelas adultas e jovens, embora se restrinja às saídas de casa, nas quais gostam de “usar ao menos um batonzinho”, evidenciando que a necessidade de projetar uma imagem positiva de si mesmas para os outros é fundamental para construir a auto-imagem.

Fazer as unhas também é bastante citado por todas elas, mesmo quando esse cuidado não é dispensado em um salão, mas obtido na troca de favores com outras mulheres, parentes, amigas e vizinhas. Uma entrevistada idosa disse que aquilo que mais a envergonha são suas unhas, que ficaram

marcadas devido às lides profissionais e domésticas. Por achá-las muito feias e considerar a situação irremediável desistiu de tentar cuidar delas e conta que agora esconde as mãos nos contatos sociais. Além dos cuidados corporais foram citados também as roupas, o salto alto e o uso de brincos, anéis, colares e pulseiras como maneiras de se cuidarem. Em relação a eles as idosas afirmam que já foram mais vaidosas no dia-a-dia e para comprovar essa afirmação uma delas diz: “quando me arrumo para sair as pessoas nem me reconhecem... não fico louca assim, quando vou sair me arrumo igual gente”.

Se esses cuidados contribuem para que se sintam bem, a escassez econômica revela-se um obstáculo para a adoção dessas táticas simples, voltadas a melhorar a auto-estima. Manter os cuidados de beleza torna-se mais difícil quando os produtos e serviços que gostariam de adquirir para si mesmas são considerados supérfluos se comparados com coisas essenciais como comida: “Para você ver... nem baton eu tinha! Ganhei esses dias. Não tinha baton para passar e não é murrinhagem não... é nada... porque eu penso assim: se for tirar R\$ 4,00 para comprar baton já faz falta para o nenê, já é um quilo de carne moída, por exemplo. Não vou fazer uma unha por R\$ 5,00 se estão faltando coisas dentro de casa. Não vou fazer isso. Primeiro eles [os filhos] a obrigação, a alimentação. Por isso nunca me cuido... nunca têm [dinheiro]”.

Ainda que a difusão de tais padrões de beleza e limpeza responda a apelos sensoriais, estéticos ou higiênicos não se pode olvidar que produzem hábitos culturais, aprendidos e reproduzidos na vida em sociedade, que acabam sendo traduzidos em necessidades de consumo na sociedade de

mercado. Tais hábitos, moldados a partir de modelos de vida associados às classes superiores, acabam por imprimir uma forma de imperialismo moral, de bases estéticas e sensoriais e cunho econômico. A inobservância aos padrões instituídos por esses modelos suscita a vergonha em relação a seus próprios corpos (e odores) naquelas que não podem adequar-se a eles, exprimindo um sentimento de inferioridade de classe e, conseqüentemente, aumentando a vulnerabilidade de tais segmentos.

4.3.9 Percepção do corpo

Se uma adulta classificou sua aparência como “normal” e outra se considerou feia, todas as jovens e duas adultas, afirmam que são “bonitas”; “lindas”; “maior 10!”; “eu amo”; “eu gosto”, mesmo que complementem a afirmação, que lhes parece pouco modesta com “se eu não gostar de mim quem vai gostar?”. Tal afirmação parece relacionada à faixa etária dessas entrevistadas, que por serem jovens se aproximam do modelo ideal socialmente difundido. Essa afirmação vem ao encontro do que foi observado em relação às idosas, que relatam não gostar da própria aparência e ter menos preocupação (e prazer) com ela. A forma como falam do assunto, com caretas, franzir de cenho ou dar de ombros, indica que talvez essas entrevistadas não se sintam à vontade com as marcas que o tempo imprimiu em seu corpo, já que a beleza é tida como um atributo associado à juventude. É possível que por isso tenham perdido o interesse em se arrumar, que, segundo contam, já foi uma coisa importante para elas quando mais novas. Não se sentindo

atraentes, ou não sendo vistas dessa forma, parecem acreditar que essa preocupação seja inadequada, fútil ou até vergonhosa em sua idade: “não fica bem”. Duas idosas e uma adulta relatam que deixaram de se arrumar depois que perderam os filhos, revelando o quanto esse desgosto lhes tirou a energia para os cuidados que todas consideram elementares.

As adultas e jovens afirmam gostar de seu corpo, o que para todas parece estar relacionado à magreza: “acho meu corpo esbéltico” (*sic*). Ser magra parece uma obsessão que lhes é inculcada pelos meios de comunicação e que, em graus distintos, afeta todas elas interferindo diretamente na auto-imagem. Uma adulta conta que se sente orgulhosa por ser magra aos 33 anos depois de ter tido cinco filhos, mesmo que parte disso se deva a um distúrbio na tireóide, do qual ela gosta de ser portadora já que lhe garante tal condição. Duas idosas reclamam do peso e uma delas diz: “Meu corpo? Me acho é gorda, me sinto tão pesada... Eu tenho é vergonha, essa banha aqui, essa gordura gorda desse jeito. Eu não sei o que tenho que não emagreço”.

Uma adulta afirmou que se acha feia, opinião não partilhada pela entrevistadora que a considerou muito bonita. Quando questionada sobre o porquê dessa opinião desfavorável (e distorcida, segundo minha interpretação) manifestou extremo pudor não querendo tecer muitos comentários a respeito, restringindo-se a dizer (baixinho) que não se considera bela pelo fato de ter tido cinco filhos. Dessa fala se pode depreender que o que incomoda essa entrevistada relaciona-se à forma de seu corpo, que mudou de aspecto em

função de cinco gestações, reforçando a interpretação sobre a associação entre beleza, juventude e magreza.

Nos exemplos acima fica claro que, a construção da aparência ideal quanto a forma do corpo, também responde aos apelos da mídia. A obsessão com a magreza e juventude aponta para o padrão de corporeidade ideal que passou a vigorar nas sociedades de cultura de massa a partir da década de 1960. A esse padrão somem-se novas exigências mercadológicas, que adicionam curvas e relevos ao corpo feminino, criando um modelo ideal que se assemelha tanto a uma escultura que, mesmo com muito esforço e sacrifício das “interessadas”, só pode ser plenamente atingido por técnica cirúrgica.

Em relação a isso é necessário considerar também o fenômeno da medicalização que desponta como a solução “mágica” para todas as imperfeições. Quando não podem adquirir os produtos, pagar por tratamentos e pelas técnicas cirúrgicas que prometem formatar seu corpo segundo o padrão ideal as mulheres tendem a sentirem-se diminuídas e infelizes. Dessa forma, o apreço por si mesmas passa a ser condicionado à capacidade de inserir-se no mercado e adquirir os produtos e serviços que prometem a beleza. Essa circunstância se revela especialmente perversa para aquelas que encontram dificuldade para garantir até mesmo a própria sobrevivência.

Apesar de a maioria considerar a aparência importante para as relações pessoais e profissionais todas afirmam que ela não tem grande influência em seus próprios relacionamentos, pois acham que as pessoas gostam delas por outras qualidades que demonstram em seu comportamento como a honestidade, a alegria, a boa educação, a sinceridade e a fidelidade. Tal

afirmativa, que parecer contrariar a declaração sobre a importância da aparência, também reforça a ideia de que a necessidade de projetar uma “boa aparência”, para que sejam aceitas em seu círculo social e profissional decorre muito mais da introjeção de um modelo do que de uma necessidade real. É necessário, portanto considerar também a cultura de massa como um fator de vulneração, que atua no sentido de perpetuar o preconceito e a discriminação misógenos e raciais, mesmo (ou principalmente) entre as próprias mulheres, que se sentem compelidas a responder a esses apelos buscando garantir aceitação.

4.3.10 Sono

Como as entrevistadas relataram um cotidiano pleno de afazeres e como a falta de sono pode afetar o equilíbrio do organismo foram abordados tópicos relativos a ele, já que é considerado um fator somático relevante para a qualidade de vida. Em relação a isso afirmam unanimemente dormir bem, “oito horas por noite”. Porém essa quantidade de horas parece ser uma resposta aprendida, quase automática na maior parte dos casos, pois quando se faz a conta, o intervalo entre a hora que vão dormir e a hora que acordam é geralmente menor: “tem dias que acordo cansada e passo o dia todo assim. Se eu acordo cansada passo o dia estressada”.

Como sonhar propicia algumas funções cerebrais necessárias à manutenção da saúde, também isso foi perguntado ¹⁹⁴. As respostas, porém, não permitem inferir quase nada a respeito: apenas uma entrevistada afirmou

que não sonha e quatro disseram que não têm pesadelos. Das que perderam um filho, uma disse que sonha freqüentemente com ele e que gosta disso, pois “mata um pouco a saudade”. Outra, que se sente culpada pela morte do adolescente, contou que no seu caso são pesadelos horríveis. Uma adulta que acabou de se separar sonha sempre que o ex-marido a está matando, sinal de quanto sua situação conjugal pregressa lhe afligia. Apesar de afirmarem que dormem bem, dez das doze relatam que têm dificuldade para levantar pelas manhãs e dizem que gostariam de ficar na cama um pouco mais: “dá aquela preguiça de levantar”; “levanto porque sei que tem muita coisa para fazer”. Essa contínua obrigação de descansar menos que o necessário pode ser uma das causas de sua constante sensação de cansaço.

Das respostas sobre o sono, porém, o relato que mais chamou atenção não se refere às condições de saúde ou aos possíveis problemas físicos e psíquicos decorrentes de sua falta, mas às condições de vida da entrevistada. Ela afirma que não dorme bem porque em sua casa há muita barata e não adianta muito colocar “remédio” porque elas vêm da rua. Como ela tem nojo de barata acorda várias vezes durante a noite para espantar os bichos ou para impedir que entrem na boca de seu nenê, que toma mamadeira antes de dormir e dorme de boca aberta.

A fala da entrevistada desvela a interpretação e classificação que a sociedade faz em relação ao contato com algumas classes de insetos, como as baratas. Torna claro que o desconforto psíquico e visceral relatado aponta por oposição para o padrão instituído de ordenamento da experiência cotidiana no mundo, que não inclui esse tipo de proximidade e, ao contrário, a proscreeve.

Assim, o nojo experimentado evidencia que a entrevistada vive uma situação cotidiana aquém dos limites da “normalidade”, tal como prescrita pelas regras simbólicas que ordenam os padrões higiênicos em nossa sociedade. Esse relato fortalece ainda mais a afirmação de que qualidade de vida não pode estar apenas relacionada à percepção subjetiva do sujeito a respeito de sua vida, como propõe a OMS, mas que diz respeito também a fatores objetivos, estruturais e conjunturais, que determinam as condições da existência. Mesmo relativizando tal situação ao máximo não creio que se encontrarão muitas pessoas capazes de naturalizar ou sentir prazer em tais circunstâncias.

4.3.11 Alimentação

As entrevistadas manifestaram certa dificuldade em falar sobre sua alimentação, já que a primeira resposta de quase todas à pergunta “o que você come?” foi pouco explícita, restrita, na maioria das vezes, a “normal”. Essa inexatidão exaustivamente repetida parece indicar o quanto o assunto é delicado para elas. Se “falar de uma coisa aumenta o grau de realidade dessa coisa”¹⁹⁵, dizer que se sente fome quando não se tem possibilidade de suprimi-la é admitir uma condição de pobreza que beira a miséria e que as envergonha. Embora todas as idosas e adultas tenham contado que em sua infância passaram fome e privação, reconhecer que permanecem em situação parecida depois de tanta luta é tido como uma derrota. Sentir fome é uma ameaça mais ou menos constante e não sofrer essa agonia é tão vital que uma entrevistada diz que o que a faz se sentir bem “é quando estou de barriga cheia”.

Porém, “a dificuldade de falar *fome* não anula a percepção de tal fenômeno no corpo”¹⁹⁶. A experiência da fome delimita o sonhado e o sofrido. Ao buscar entender o que queria dizer normal soube que é um cardápio baseado em arroz e feijão. A carne, que consideram importante, nem sempre faz parte da dieta havendo casos em que é considerado um luxo comê-la: “se pudesse teria verdura e carne todo dia porque sou carnívora e gosto de carne”.

Biscoitos ou doces também não são freqüentemente consumidos por pelo menos a metade delas, pois não cabem em seu orçamento, ficando restritos aos filhos e, mesmo assim, consumidos apenas em momentos especiais. Dentre os farináceos, o que mais consomem é o pão e o macarrão. Quatro afirmam que gostam de comer verduras e frutas e que se pudessem comeriam isso todos os dias, mas que só podem comprá-las para seus bebês. Ao excluir nessa equação da fome inclusive os outros filhos revelam um aspecto incrivelmente perverso da situação de vida na qual se encontram: “Vou ao mercado e compro quatro cenouras, dois chuchus e uma carne moída para o nenê, ele precisa agora porque os outros já comeram na fase deles... Eles também precisam, mas menos que o filho menor”.

Considerando que a necessidade de alimento é uma necessidade fisiológica básica¹⁹⁷ e, portanto, fundamental para a qualidade de vida, e que não é passível de sublimação, a situação expressa na fala acima revela o quanto há de macabro na moralidade vigente. Se os relatos de algumas das entrevistadas permitem perceber que sua fome nem sempre é suprimida, tornam evidentes que a dor e o sofrimento impingidos a elas atingem o âmago de seu corpo assim como os daqueles que delas dependem diretamente.

Dessa forma, os dispositivos do bio-poder ⁹⁷ que impregnam a moralidade das classes privilegiadas, condicionam suas vidas à busca da sobrevivência imediata e à submissão aos ditames da luta por subsistir.

4.3.12 Sexo

Se tivermos em conta que o sexo é a outra necessidade fisiológica básica para a humanidade ¹⁹⁷ a supressão ou perda de interesse na atividade sexual pode ser conotada como diminuição da qualidade de vida. Em relação ao sexo apenas três entrevistadas consideram sua vida sexual boa ou ótima e gostam de ter relação com seus parceiros. Duas delas são jovens e uma adulta e apesar de falarem sucintamente sobre o assunto abrem um largo sorriso: “Ixi Maria, eu gosto demais da conta”. A jovem que já têm três filhos admite que gosta de ter relação com o marido, mas que se cuida para não engravidar novamente: “Sem produtividade, né?”. Em contrapartida, sete, uma jovem, três adultas e a mesma quantidade de idosas, dizem que sua vida sexual não é boa, classificando como “estável”, “horível”, “má”, “ruim”, “péssima”, “de mal a pior”, “infeliz”. Para essas mulheres ter relação com os parceiros é uma obrigação da qual procuram fugir.

A jovem que parece não ter casado por amor diz que não gosta de ter relação com o marido. Uma das idosas conta que vai dormir sempre depois do marido para que ele não tente ter relação. Frente a suas reiteradas negativas ele ameaça trocá-la por outra mais jovem, mas ela diz que hoje em dia nem isso a convence a fazer sexo: “Todo dia eu brigo: ‘me deixe quieta... me deixa

dormir... eu quero é dormir'. Não quero saber de mais nada". Outra idosa revela que todas as suas relações sexuais durante os 50 anos de casamento foram forçadas. O marido ainda a procura em busca de sexo, mas ela diz que agora "só deixa de vez em quando".

Nesses casos em que as entrevistadas não gostam de ter relação com seus parceiros, mas se submetem a elas, o sexo parece ser uma moeda de troca, que aquieta os maridos deixando-os melhor humorados, o que torna o convívio mais tolerável e diminui as brigas. Essa impressão parece se confirmar na fala da entrevistada que está se separando. Ela contou que como o marido é alcoólatra e usuário de drogas ela só mantinha relação sexual nas fases em que ele permanecia abstinente, considerando o sexo um "incentivo" para que ele permanecesse nessa condição.

Dentre as que dizem não ter vida sexual uma é jovem e duas idosas. A jovem diz que nunca teve relação sexual e, embora goste de namorar não permite "que os meninos fiquem passando a mão", revelando um padrão moral que pode ser considerado bastante rígido nos dias atuais. A idosa viúva nem pensa em ter vida sexual, pois apesar de seu marido ter morrido já há nove anos ainda se considera casada e como é espírita sempre "conversa com ele". A outra, que é separada, já se sentiu tentada a iniciar uma nova relação, mas por vergonha dos filhos e por seu casamento ter sido muito infeliz desistiu: "Se eu não fosse evangélica, com vinte anos de separada, com certeza teria uma vida sexual ativa, igual você me perguntou. E eu não tenho porque a Palavra me diz que eu não posso. Só se eu casar".

Guardadas a diferenças, esses três casos assim como os outros sete, em que as entrevistadas relatam não gostar da atividade sexual com seus maridos, se percebe que no que tange à sexualidade seu comportamento é delineado por um padrão moral (de cunho religioso ou não) que busca imprimir a contenção sexual e sujeição das mulheres aos homens, baseada na observância da castidade e importância das relações maritais: “A forma social da propriedade privada tem interesse na repressão sexual e a exige para a manutenção de duas instituições básicas, o casamento monogâmico e a família patriarcal”¹⁹⁸.

4.3.13 Sensações cotidianas – o “normal”

Mesmo achando que são benquistas em seu círculo social e familiar quase todas dizem que se sentem sozinhas ou que carecem do amparo de que necessitam, mesmo a jovem que ainda vive na casa dos pais ou as casadas e que se sentem felizes no relacionamento: “Quando tenho uma tristeza muito grande meu desejo é virar um passarinho e voar para perto do meu pai e da minha mãe”. As que perderam entes queridos, marido ou filhos, enfatizam sua solidão, relacionando-a diretamente a essa perda. As entrevistadas que perderam um filho contam que a dor é tão profunda e constante que leva ao adoecimento físico, revelando também que precisam fazer muito esforço para reagir e não se deixar abater.

Dez dessas doze mulheres se consideram preocupadas. As necessidades dos filhos, do marido e a falta de dinheiro ocupam seus

pensamentos constantemente. Seis delas dizem que têm dificuldade em se concentrar e que isso decorre e também afeta seu cotidiano: “Tenho dificuldade de me concentrar quando estou nervosa... aí até a comida saí ruim”. Duas idosas e a mesma quantidade de adultas reclamam que isso está piorando com a idade. Nove mulheres acham que têm problema de memória e se consideram esquecidas, não lembrando nunca aonde guardaram as coisas, perdendo vários minutos, horas ou dias até encontrá-las e, às vezes, só encontrando o que guardaram por acaso, quando não estavam mais procurando: “às vezes ele manda guardar uma coisa e depois quando manda pegar fico caçando para ver onde coloquei. Depois, quando me lembro onde coloquei vou lá e pego. Sou muito esquecida”. Ainda que esses distúrbios cognitivos pudessem ser atribuídos a causas orgânicas, mesmo que nenhuma doença neurológica tenha sido relatada por elas, deve-se considerar a importância dos fatores econômicos e sociais agem no sentido de amplificar as (possíveis) predisposições individuais.

A busca de consolo na dimensão do imaginário, já discutida em relação ao projeto de vida, remete também a uma outra consideração sobre o fato de todas as entrevistadas terem classificado, ao menos de início e de modo geral, a si mesmas e a suas vidas como “alegre” e “boa”, mesmo quando respondiam que em seu cotidiano se sentiam “tristes” e “cansadas”. A hipótese aqui formulada para responder a essa contradição caminha no mesmo sentido da que procura explicar a falta de expectativa das idosas. Nesse caso, sugere que as pessoas que de fato vivem um cotidiano muito difícil e pesado não podem se dar ao luxo de pensar muito sobre ele ou sequer de expressá-lo

verbalmente sob pena de mergulhar em uma crise existencial, o que as levaria a ficarem deprimidas e piorarem ainda mais essa situação: “tenho que pensar na alegria, se for pensar na tristeza aí dana tudo. Acaba com meu astral... aí é melhor pensar só na alegria mesmo”.

Essa suposição enseja uma reflexão sobre a alegria atribuída ao caráter da população brasileira e, relacionada a ela, sobre sua alienação em relação aos “verdadeiros” problemas do país. Exhaustivamente apontada pelos intelectuais e, por eles definida como reflexo da incapacidade de entender e pensar devido a pouca escolaridade tal alegria merece maior reflexão. Em que medida essa alegria constitui-se não somente um ritual de reversão de *status* (como ocorre, explicitamente, no carnaval), cumprindo a função de promover a catarse do cotidiano ¹⁹⁹, mas revela-se uma estratégia de sobrevivência, destinada a manter os indivíduos orgânica e socialmente funcionais? Até que ponto a “alienação” não reflete – de fato – uma estratégia de sobrevivência? Se isso for verdadeiro é desvelada a outra face da alegria, que esconde o horror do cotidiano e diminui a vulnerabilidade destilada dia-a-dia.

Da mesma forma, outras sensações e emoções relatadas parecem condicionadas pela privação, desconforto e pelo dispêndio de energia intenso e constante. Se trabalhar fora duplica o peso das tarefas que precisam realizar o cansaço decorrente de seu cotidiano atribulado pode ser sentido até mesmo pelas mulheres que não cumprem dupla jornada. Esse cansaço constante acarreta fadiga e estresse, que podem levar ao humor depressivo, à desesperança, frustração, ansiedade e sentimento de impotência em relação ao trabalho. Tal relação fica evidenciada nas afirmações de todas as

entrevistadas, que dizem que no final do dia se sentem extremamente cansadas, situação que a maioria classifica como “ficar triste”.

Nessa circunstância, o cansaço as deixa prostradas, sensação identificada pela falta de vontade para fazer qualquer coisa. A dificuldade em encontrar forças envolve até mesmo atividades que em outros momentos lhes causam muito prazer como brincar com os filhos ou netos: “fico desanimada, o corpo todo pesado... triste, fico triste, muito triste”. É perceptível nos depoimentos que as sensações de apatia e desesperança que experimentam ocasionalmente no cotidiano se manifestam com maior frequência e intensidade a medida que a idade aumenta. Tais sensações são exemplarmente sintetizadas nesse trecho da fala de uma idosa: “não tenho mais força para nada... esperança para nada... estou indo para trás. A qualquer momento vou dormir e acordo morta. Não tenho o que esperar mais... não tenho ânimo, esperança... não tenho esperança nenhuma”.

Esses distúrbios, percebidos ao nível comportamental, são traduzidos na dimensão psíquica por dificuldades para se concentrar, explicitada por muitas delas, como agitação, incapacidade para relaxar, dificuldade para controlar as emoções e pela irritação: “Quando chega à noite já estou com dor de cabeça por causa de tanto grito de criança e falo ‘Cala a boca! Cala a boca!’, porque está me estressando, sabe?”. Nos momentos em que essas sensações se tornam insuportáveis todas relataram que seu único recurso é chorar. Nessa situação de sofrimento e impotência buscam algum local onde podem dispor de privacidade e choram até se sentirem aliviadas e novamente calmas, prontas para continuar na mesma luta sob as mesmas condições: “o lugar que eu mais

me desabafo é no banheiro... eu choro, choro, choro... e eu chorando me alivia. O único consolo que tenho é chorar”.

Como a chance de escapar a esse destino é pequena, as mulheres negras e pobres acabam por sucumbir mais cedo, morrendo vitimadas por males que se tornaram somáticos em decorrência de toda uma vida de atribulações e dos anos de trabalho servil ¹⁴⁶. Sua extrema vulnerabilidade social decorrente da pobreza em que vivem desde que nasceram e na qual são mantidas pelas regras injustas que orientam as representações e padrões de comportamento em nossa sociedade, cresce à medida que vão envelhecendo e deixando de fazer parte do extrato produtivo. Essas desigualdades que atingem suas vidas delineiam também a sua morte, pois segundo dados apresentados no *Seminário Nacional de Saúde para a População Negra* ²⁰⁰ no ano 2000 a taxa de mortalidade das mulheres pretas foi 284,36/100 mil, das pardas 145,11/100 mil e a das brancas 184,67/100 mil. Considerando-se que quando se fala de mulheres negras faz-se referência às pretas e pardas a magnitude dos óbitos nesse segmento torna-se muito maior: “Cabe aqui ressaltar que a mortalidade das mulheres pretas superou a média nacional e que os demais grupos apresentaram taxas abaixo da média” ²⁰⁰. Não é demais reiterar que em algumas localidades brasileiras já foi constatado que a taxa de mortalidade das mulheres negras contraria o padrão geral das diferenças de mortalidade por sexo “apresentando um índice proporcional ao dos homens brancos” ¹⁴⁶. Embora essas pesquisas não tenham sido feitas no DF, pode-se considerar a vida das mulheres negras nesses lugares similar. Assim, tanto a vida quanto a morte das mulheres negras no Brasil é marcada pelo crivo da

injustiça, conseqüência das condições socioeconômicas desfavoráveis que lhes são imputadas.

4.4 Qualidade da Atenção à Saúde

4.4.1 Sensações cotidianas – o “patológico”

Como foi possível constatar, no cotidiano das entrevistadas não há qualidade de vida ou qualidade de saúde e, em função disso, elas acabam sendo empurradas para os serviços de saúde em busca de tudo aquilo que o cotidiano lhes privou. O acúmulo de papéis e responsabilidade, implicados na dupla ou tripla jornada de trabalho, provoca fadiga física e emocional, as quais se manifestam de maneira multidimensional, social, física e psiquicamente: na forma como as entrevistadas se posicionam nas inter-relações, em seu estado corporal e em seu comportamento. O acúmulo de responsabilidades somado à situação assimétrica a elas desfavorável na qual se dão a maior parte de suas relações, seja na família ou no espaço público, contribuem para que não fiquem doentes, mas caíam doentes.

Somando-se às demandas relativas à sobrevivência não podem deixar de ser considerados como agravantes de seu quadro de saúde os problemas fisiológicos derivados das condições socioeconômicas adversas. Os sinais percebidos em qualquer dessas dimensões e os sintomas interpretados a partir deles devem ser tomados não apenas como expressões de patologias que devem ser tratadas na perspectiva individual, mas como reflexos da conjuntura

social na qual as mulheres estão inseridas e das relações de poder que estabelecem a partir da posição que ocupam nessa estrutura.

Os relatos das entrevistadas trazem referência a essas duas circunstâncias, demonstrando que essas mulheres se sentem constantemente cansadas, extenuadas, tristes e irritadas e que vivem preocupadas, tendo dificuldade para se concentrar e lembrar das coisas. Pode-se observar também que a permanência ao longo da vida nessas condições desfavoráveis tende a cronificá-las transformando esses sinais em sintomas como o estresse, a fadiga e a depressão, facilmente perceptíveis na descrição das sensações e emoções experimentadas no cotidiano das entrevistadas.

A somatização dessas condições sociais desfavoráveis não se resume à dimensão psíquica, mas estende-se ao plano físico provocando o surgimento de doenças como as lesões ósteo-musculares por esforço repetitivo (DORT, artrite, síndromes reumáticas, como fibromialgias e escoliose), das quais sofrem três das quatro idosas, os problemas vasculares de que padecem três mulheres, uma adulta com varizes e duas idosas com hipertensão e ainda aqueles derivados de carregar peso em excesso, como a hérnia e “bexiga caída”, relatados pela idosa que enfrentou a situação de vida mais difícil, seja pela idade em que começou a trabalhar seja pela natureza e duração dessas atividades.

4.4.2 Saúde e idade

A afirmação de que a condição de saúde das entrevistadas está diretamente relacionada a sua condição de vida é reforçada quando se compara qualidade de saúde e idade. Dentre as idosas, três contam que têm problemas constantemente, relatando que sentem dores na coluna, nos ombros, nos braços e pernas, além da hipertensão arterial. As adultas também alegam problema de saúde, porém seus sinais não parecem tão severos. Uma contou que têm distúrbios de tireóide, outra que têm surgido varizes, a terceira, que perdeu um filho há aproximadamente dois anos, vem fazendo acompanhamento psicológico e toma calmantes e sonífero e a última diz que sofre de uma gripe renitente: “Acho que a gente vai ficando... a gente fica mais doente sim. A gente não tem tanta facilidade de fazer alguma consulta. Às vezes a gente sente uma gripe... eu passava o mês todinho resfriada... era uma gripe, infecção na garganta. O médico disse que era falta de vitamina, só que não estou tendo essa alimentação com essa vitamina C”. Deve-se ressaltar e nenhuma das jovens sofre de qualquer moléstia (ainda).

Outro elemento que também fortalece essa associação é a comparação entre a qualidade de saúde das idosas e a situação em que decorreu a maior parte de suas vidas. Duas das três citadas acima, que afirmaram que seus problemas de saúde são consequência de seu cotidiano atribulado e do trabalho que realizaram por toda vida. Tal afirmação vem ao encontro de estudos quantitativos realizados com empregadas domésticas e com servidoras em escolas. Esses trabalhos mostram que, freqüentemente, as

profissionais nessas atividades trabalham exaustivamente e adoecem em decorrência disso ^{145; 201}. Em contrapartida a idosa que não trabalhou fora de casa durante sua vida adulta, e que assim não acumulou o ônus da dupla jornada, relata nunca ter ido a um médico, pois nunca esteve doente. Também corroboram essa afirmação pesquisa que calculou indicadores de esperança de vida ao nascer, discriminados por recorte de cor e sexo ²⁰², estimando esse indicador em 73,99 anos de vida para os brancos e 67,85 anos para os negros: “ou seja, os negros apresentam uma esperança de vida ao nascer 6,12 inferior a dos brancos” ²⁰².

Ainda que da melhor condição de saúde da idosa que não trabalhou na vida adulta possa ser atribuída a uma peculiaridade orgânica não parece absurdo inferir que sua situação de saúde mais favorável possa decorrer da menor pressão física e psíquica de seu cotidiano. Em virtude de um casamento feliz e de uma relativa tranqüilidade econômica proporcionada pela estabilidade funcional do marido essa entrevistada pode desfrutar de uma situação de vida inusual para as mulheres do segmento ao qual pertence. Em virtude disso, sua qualidade de saúde se aproxima daquela atribuída às mulheres brancas, que influencia inclusive a diferença na expectativa de vida entre os dois grupos ¹⁴⁶. Embora no trabalho de campo esse seja um caso isolado, portanto não passível de generalização, considera-se que sua relevância indica que merece aprofundamento para averiguação.

A comparação entre as condições de saúde de jovens, adultas e idosas mostra seu progressivo adoecimento. Mesmo quando se considera tal condição uma conseqüência natural do envelhecimento, não se pode desprezar na

análise a intensidade na realização do trabalho doméstico, refletida em diferenças no estado de saúde entre as entrevistadas que cumulam a dupla jornada e as que não o fazem. Acrescente-se a essa informação sobre a intensidade na realização do trabalho doméstico, como fator indutor de adoecimento, a constatação de que as entrevistadas com a saúde mais comprometida são as que trabalharam nesse tipo de atividade por mais tempo. Assim, quando se confrontam os dados relacionados à intensidade e frequência na realização do trabalho doméstico com os relativos ao estado de saúde é possível deduzir que as mulheres que trabalham como empregadas domésticas estão mais propensas ao adoecimento em decorrência tanto de sua atividade laboral, quanto de seu papel social.

Assim, essas profissionais sucumbem sob o peso de seu cotidiano asfixiante, que lhes rouba o vigor físico e traz agravos orgânicos de vários tipos. Sub-remuneradas e sobre-exploradas, estão atadas a sua condição servil, vêem sua saúde comprometida em poucos anos, sem que possam sequer tomar providências para remediar tal fato. Assim, além de terem tido a infância roubada e terem passado toda vida adulta quase que somente em função do trabalho, vêem multiplicadas as chances de terem uma velhice igualmente desamparada e dolorosa, caminhando para a morte prematura.

Sua condição vulnerável leva a que sejam vulneradas pelos familiares na infância, pelos empregadores, por casamentos com parceiros violentos, pelas dificuldades econômicas e pelo desamparo e a discriminação que impõe a sociedade. Esse conjunto de fatores não pode ser percebido e conotado apenas como “problema social” ou “de saúde”, mas deve ser visto como

questão moral, que diz respeito às condições aviltantes nas quais se desenrola o início, o transcorrer e o final da vida de todo um segmento da população brasileira.

4.4.3 Atendimento nos serviços de saúde

Em relação à atenção que recebem nos serviços de saúde as opiniões são bastante díspares, embora seja possível perceber muitos pontos em comum. As entrevistadas contam que freqüentam os serviços de saúde com regularidade, dirigindo-se geralmente “ao postinho”. As jovens vão mensalmente vacinar os filhos, as adultas restringem suas visitas aos momentos em que as crianças ficam doentes, sendo que uma delas afirmou que vai toda semana porque um de seus filhos fica constantemente gripado “por causa da poeira”. Dentre as idosas apenas uma freqüenta o posto mensalmente para buscar o remédio que controla a hipertensão. A avaliação dos serviços nos postos de saúde não é boa, variando entre “é uma calamidade” e “não vale nada”. Se consideram difícil conseguir consulta os problemas para ir ao posto não são menores: “o posto é longe”; “é muito difícil conseguir consultar”; “Você vai e não consegue marcar”.

Os relatos das jovens que vão mensalmente ao posto para fazer a vacinação e acompanhar o crescimento de seus bebês mostram que ser conhecida na unidade de saúde aumenta a chance de receber um bom atendimento. Em relação a essas consultas pré-agendadas as jovens dizem que, de maneira geral, os serviços de pediatria são bons e conseguir

atendimento é relativamente rápido. Contam também que os profissionais são atenciosos com as crianças e chegam a classificá-los como “super carinhosos”.

Já os relatos das adultas, que também vão ao posto para levar os filhos mostram um quadro um pouco diferente. Nesses casos a consulta não é agendada com antecedência e conseguir atendimento parece um pouco mais difícil. Como as filas são longas, nem sempre conseguem a consulta no mesmo dia, situação que faz com que acabem por procurar a emergência dos hospitais: “você não vai deixar seu filho sem conseguir respirar!”. Elas reclamam também do atendimento que recebem dos profissionais administrativos nos guichês de cadastro que não raro perdem as fichas, prometem marcar consultas ou comprometem-se a ligar para suas casas e avisar sobre futuras marcações e não o fazem: “fiquei esperando um mês e nada de ninguém me ligar e eu sangrando”.

É interessante estabelecer um paralelo entre os relatos de descaso feitos pelas entrevistadas e estudos sobre o atendimento a mulheres negras nos serviços de saúde. Segundo o já citado documento do *Seminário Nacional de Saúde da População Negra*¹¹⁷ ao entrevistar usuários e usuárias atendidos nos serviços públicos no município do Rio de Janeiro constatou-se que os negros relataram falta de urbanidade no atendimento de recepcionistas, auxiliares e médicos em uma proporção duas a três vezes maior que os brancos. O mesmo documento mostra que no Censo de 1980 a diferença relativa entre os níveis de mortalidade de negros e brancos menores de um ano era de 21,0 %. Já no Censo de 1990 essa porcentagem aumentou para 40,0 %, demonstrando que ao longo do período a possibilidade dos filhos de

mães negras adoecerem e morrerem prematuramente quase duplicou ¹¹⁷. Comparando os dois conjuntos de dados e considerando ainda que os postos de saúde recebem em geral pacientes pobres que são, muitas vezes negros, pode-se inferir que esse segmento da população é vulnerado não apenas por suas condições de vida que levam ao adoecimento, mas também pelos serviços de saúde que deixam de prestar o serviço adequado.

Quando avaliam que seu quadro de saúde exige que procurem os hospitais, idosas, adultas e jovens relatam que a situação se torna de fato complicada. Contam que as filas são enormes e lentas e que conseguir a consulta é muito difícil: “Muita gente reclama, chora... A senhora pode ir no hospital que vai ver muita gente... velho, novo, sentado com as lágrimas caindo”. Dizem também que são mal atendidas pelos profissionais nos ambulatórios dos hospitais e que às vezes precisam recorrer a vários deles até conseguir atendimento: “Se vou para o Hospital do Paranoá falam que é para ir para Sobradinho. Quando chego em Sobradinho falam que é para ir para o HRAM [Hospital Regional da Asa Norte no Plano Piloto]. Que negócio é esse meu Deus?”.

Diante de tantas dificuldades para conseguir consultas, tratamentos e exames não é de estranhar que a comparação entre o atendimento prestado no serviço público e nos hospitais privados confira larga vantagem a esses últimos. As entrevistadas que tiveram a oportunidade de atendimento em hospitais particulares por meio de convênios referem-se a eles como “muito melhores”; “sem comparação”, principalmente no que se refere ao tempo de

espera até o atendimento: “No particular se chego às 9 h às 11 h já estou indo embora”.

A péssima avaliação dos serviços ambulatoriais e dos atendimentos de emergência, no entanto, não se estende ao internamento. As mulheres que já foram internadas por problemas de saúde ou as que acompanharam familiares durante suas internações atestam o bom atendimento. É preciso dizer, no entanto, que a qualidade do atendimento na internação parece não se estender ao parto. Essa diferença na avaliação entre a atenção básica e a média complexidade que se percebe na fala das entrevistadas coaduna-se com as análises do próprio Ministério da Saúde (MS) sobre os principais problemas e pontos de estrangulamento do Sistema.

4.4.4 Filas e consulta

As entrevistadas contam que para conseguir atendimento precisam chegar ao posto antes das 5 h da manhã para entrar na fila e esse horário é considerado cedo ou muito cedo por quase todas elas, até porque devem ficar na fila com as crianças, que nesse horário ainda estão sonolentas e precisam ficar no colo. Ironizando a situação, uma idosa disse que conseguir consulta “é fácil. É só ir de madrugada”. A idosa que utiliza regularmente esses serviços o considera ótimo. Ressalte-se que, como ela frequenta regularmente o posto, não apenas conhece os médicos pelo nome, mas também as enfermeiras e auxiliares, o que deve colaborar para o bom atendimento que atesta receber.

O tempo médio de espera até o momento da consulta no posto é de cinco horas, período que algumas consideram longo e outras classificam como “normal”, demonstrando que já se “acostumaram” à demora no atendimento dos serviços de saúde. Segundo informaram, a duração da consulta também varia, oscilando entre poucos minutos à uma hora. Com exceção de uma idosa que disse não entender muito o que os médicos dizem, todas as entrevistadas relatam que entendem as explicações dadas e quando não entendem pedem que o profissional esclareça suas dúvidas. Apesar disso, apenas a metade delas diz que sai satisfeita da consulta.

Se conseguir a consulta exige perder tempo e exercitar a paciência, o atendimento nem sempre atende às expectativas. Tanto adultas como as jovens reclamam da pouca atenção dispensadas pelos médicos: “Eu fico indignada, o médico nem olha para o meu bebê, ele nem pega na criança e já passa o remédio”; “Eles não fazem a consulta direito, não examinam a criança direito”. Receber o remédio prescrito também se revela uma coisa difícil: “a consulta é rápida. Você chega e eles falam: ‘o que você está sentindo?’ ‘Estou sentindo assim, assim, assim..’. ‘Não, isso não é nada. Toma a receita, pega lá no com a moça’. Chega lá não tem e se não tem precisa comprar. Se tem dinheiro compra na hora se não tem precisa esperar”. Diante dessa situação algumas optam por tentar tratamentos alternativos, tomando chás, colocando emplasto e ataduras: “Pedi emprestada uma faixa grande que a vizinha tinha e mandei as meninas pegarem muito mastruz, amassar bastante e ferver com água. Aí coloquei no braço porque não agüentava mais de dor”.

Se conseguir consulta e medicamentos é difícil, as entrevistadas relatam que realizar os exames prescritos e depois marcar as consultas necessárias para apresentá-los aos médicos é quase impossível. Tal dificuldade estende-se dos exames laboratoriais para identificar o câncer de útero até aqueles mais complexos, que implicam em aparelhos destinados a captar imagens do interior do corpo. A idosa que precisa se operar já tentou marcar a cirurgia quatro vezes, mas sempre esbarra na dificuldade de realizar os exames necessários à operação. Quando consegue realizá-los a cirurgia não pode ser marcada por falta de profissionais. Quando existem profissionais para realizar a intervenção, os exames prescreveram e os equipamentos para refazê-los estão quebrados. Quando, aparentemente, existem profissionais e equipamento disponíveis não se consegue marcar as consultas: “Eles dizem que nunca tem vaga, que a máquina está quebrada... É sempre assim”.

Em casos graves ou quando sentem muita dor, a dificuldade para fazer exames e tratamento no hospital público também as leva a optar por atendimento em hospital particular, mesmo quando não contam com convênio. Nessas circunstâncias buscam o apoio econômico de familiares, pais, irmãos ou filhos, que muitas vezes se cotizam para garantir o dinheiro necessário ao menos para uma parte do atendimento: “Fiz tratamento no particular. Mas só vou quando não estou agüentando essa dor no braço. O médico me mandou fazer uma ressonância e nunca fiz porque não consegui nenhum reumatologista para fazer e no particular é muito caro”. Uma jovem contou que depois de várias tentativas de encontrar solução para um problema de seu bebê teve que utilizar um artifício para conseguir um diagnóstico e a prescrição.

Como sua irmã trabalha em uma empresa que lhe faculta plano de saúde pediu a ela que marcasse uma consulta para si mesma e, ao entrarem no consultório explicaram o problema à profissional que concordou em olhar a criança.

No que diz respeito às consultas ginecológicas e ao exame para prevenção do câncer as entrevistadas afirmaram unanimemente que embora tenham tentado fazer o acompanhamento prescrito não conseguiram. A resposta afirmativa à pergunta sobre esse tipo de consulta e exame revela que se todas elas já se consultaram, mas só fizeram o papanicolau uma vez na vida. Tantas e tão freqüentes dificuldades levam a concluir que no que tange ao acesso os serviços de saúde ainda não cumprem seu dever, tal como disposto na Constituição, sendo também agentes para a vulneração das entrevistadas.

4.4.5 Planejamento familiar

Também quanto ao planejamento familiar as dificuldades são as mesmas. Duas adultas e duas jovens gostariam de colocar o dispositivo intra-uterino (DIU), mas dizem que ele não é ofertado em suas unidades de saúde. Uma delas, que é justamente uma das adultas que gosta de fazer sexo com o marido, conta que não pode tomar anticoncepcional, pois “passo mal mesmo, fico tonta e caio”. Como já tem cinco filhos, a dificuldade em garantir a contracepção é um motivo de inquietação constante. Uma vez que nenhuma delas admite querer ter mais filhos, especialmente as jovens, mas também não tomam anticoncepcional, perguntei-lhes a razão desse aparente contra-senso.

Alegaram que mesmo a distribuição de anticoncepcional é irregular e por isso restringem-se ao uso da camisinha como método contraceptivo: “é mais fácil de ter no postinho”.

Se essa é uma tática útil para a prevenção e controle do HIV, o mesmo não se pode dizer de sua eficácia como método contraceptivo. Talvez em consequência disso, uma jovem e três adultas tenham afirmado que gostariam de fazer laqueadura de trompas. Uma adulta e duas das quatro idosas submeteram-se a essa operação e uma delas chegou até a pagar por ela: “se não tivesse feito teria mais cinco filhos”. Deve-se assinalar que a Lei 9.263/96, que regulamenta o planejamento familiar, prescreve a assistência à concepção e contracepção pelo SUS ²⁰⁴, dispositivo que, segundo as entrevistadas está longe de ser realidade até nos procedimentos mais elementares, como a distribuição de pílula anticoncepcional ou colocação do DIU.

Seja em decorrência do aumento da escolaridade, das palestras nos serviços de saúde para conseguir receber anticoncepcional ou mesmo das informações disponibilizadas pela mídia, é notável a diferença entre o grau de conhecimento sobre as formas de contracepção entre as idosas e as adultas e jovens. Se estas últimas conhecem vários métodos contraceptivos e sabem seu efeito, as primeiras revelam grande desconhecimento. Quando perguntada se suas filhas faziam uso da pílula uma das idosas, que nunca usou qualquer método de contracepção, disse: “Elas tomam, agora ele não” [o filho].

4.4.6 Atendimento pré-natal e parto

Em relação ao atendimento no ciclo gravídico-puerperal, apesar do MS preconizar a necessidade de oito consultas de acompanhamento pré-natal nenhuma das jovens, adultas ou idosas relatou ter feito todas elas. As idosas que tiveram filhos há mais tempo não sabem precisar a quantidade de consultas que fizeram, sendo que uma delas afirma que nunca fez nenhuma. Pode-se imaginar que mesmo as que fizeram não devem ter feito muitas, pois as quatro entrevistadas afirmam que sofreram abortos, sendo que uma delas contabiliza três e outra dois.

Uma adulta também disse que nunca fez pré-natal. Outra, com cinco filhos, chegou a fazer sete consultas em uma gravidez e menos em todas as demais. A terceira adulta fez quatro consultas na primeira gravidez, duas nas três seguintes e nenhuma na última. A quarta delas disse que fez cinco consultas, todas as vezes em que ficou grávida. A média das jovens é de quatro consultas de pré-natal, considerando cada gravidez. Deve-se ressaltar que as jovens referem-se ao pré-natal com mais entusiasmo, revelando que as orientações recebidas lhes foram úteis e que também gostaram de ouvir o coração do bebê. As razões alegadas para a pequena quantidade de consultas foram falta de tempo, a distância do posto e a dificuldade na marcação de consultas. Isso dá a entender que quando as informações não são novidade as dificuldades para ir ao posto fazer pré-natal parecem pesar mais, influenciando a decisão quanto a fazer ou não todas as consultas.

A dificuldade em conseguir assistência ao pré-natal nessas áreas parece confirmada na fala de uma jovem, que conta que onde mora é tão complicado conseguir agendar o acompanhamento que ela só pode fazê-lo porque uma conhecida sua, que trabalhava em um hospital, convenceu um médico a atendê-la em seus plantões aos sábados à noite. Outro fator que acarreta dificuldade é relatado por outra jovem que conta que se sentiu discriminada quando foi ao posto fazer o pré-natal porque “quando a pessoa é novinha e está grávida muita gente fala mal no posto. Mas depois perguntaram se eu já estava com marido e eu disse que já e aí pararam”. Nesse trecho de sua fala se constata que além da dificuldade estrutural e conjuntural inerente à implementação do SUS as usuárias dos serviços enfrentam também a discriminação dos profissionais²⁰⁵. Circunstâncias como essa podem ser um dos fatores para que o Centro-Oeste (assim como o Norte e Nordeste) seja uma área que concentra “a maioria das mortes de mulheres negras em decorrência de problemas na gravidez, parto, puerpério e também a maioria das mortes maternas”²⁰⁶.

Essa dificuldade em conseguir atendimento durante a gravidez e o parto remete às condições do acesso aos serviços de saúde nas áreas rurais. Três idosas chegaram a ter filhos em casa, uma delas quando morou no interior, outra porque quis ter os primeiros filhos perto da mãe e a terceira porque preferiu tê-los em casa, mesmo vivendo em Brasília. Dessas duas, as primeiras também tiveram filhos em hospital e uma achou a experiência positiva, mas a outra não. A que gostou atribui sua preferência à segurança e às condições de higiene do hospital, onde não perdeu nenhum filho, em oposição aos dois

bebês que ela acha que morreram de tétano no parto em casa. A outra contou que foi levada ao hospital porque ela e seu bebê estavam morrendo, mas mesmo assim avalia negativamente a experiência. Como esse parto foi por cesariana ela não gostou, pois achou que dói muito e a recuperação é demorada: “preferia ter dez filhos de parto normal a um de cesárea”.

As adultas e jovens, que tiveram todos os filhos em hospital, dividem-se na avaliação da experiência. As que tiveram mais de um filho contam que o atendimento varia conforme o profissional, sendo muito bom em alguns casos e péssimo em outros: “ela me fez isso por maldade... estava me costurando e nem colocou anestesia nem nada”. Outro fator de diferença apontado por elas é estabelecido entre o atendimento em hospital particular e no SUS. Uma adulta e duas jovens tiveram essa experiência. A adulta e uma das jovens experimentaram o atendimento ao parto tanto em hospital particular quanto no público e, ambas se sentiram mais bem tratadas no particular. A outra, que classifica o atendimento que recebeu como muito bom, foi internada no hospital particular, mas em convênio com o SUS.

4.4.7 Considerações sobre o SUS

Se de maneira geral todas as entrevistadas classificam o atendimento que recebem nos postos de saúde e no ambulatório dos hospitais como ruim, algumas creditam isso ao pouco empenho dos profissionais, principalmente os médicos:

“Acho que o posto de saúde deveria ter mais médicos e ter uma estrutura melhor para atender a demanda daqui. E bons profissionais também porque às vezes tem um lá que não está muito a fim de trabalhar e está ocupando o lugar de um bom, que tem condição [de cuidar melhor do usuário]. E esses tratam a gente mal... porque estão ganhando mal ou estão estressados do trabalho, porque estão carregando muita gente para um só [atender]”.

Duas entrevistadas dizem que nem sempre foi assim: “Antigamente era melhor para a gente consultar... Os médicos que me atendiam eram muito bons”. A outra adulta relaciona a piora na qualidade dos serviços ao crescimento populacional abrupto do DF: “Na época que freqüentava com meus meninos era bem diferente, não tinha tanta espera nem no Hospital de Base. Acho que é porque Brasília cresceu muito e foi crescendo rápido”. Uma jovem que não tem idade para avaliar as possíveis diferenças no atendimento, antes e depois da expansão da cidade, também procura justificar a forma como é atendida pelo excesso de demanda aos serviços: “Pelo caso de serem tantas pessoas acho que eles ficam até estressados” (*sic*).

Essas falas deixam claro que perspectiva operacional da atenção à saúde no SUS, que implica em ações intersetoriais e articuladas entre os diferentes níveis ainda não se tornou realidade no DF. Também aponta para o fato das unidades destinadas à atenção básica serem escassas, mal aparelhadas e desprovidas de profissionais. Mostra que a qualificação dos profissionais deixa a desejar, principalmente os de nível médio, e permite inferir

ainda que a ênfase na especialização dos profissionais de nível superior, especialmente dos médicos, desloca uma quantidade muito grande de profissionais para as unidades de média e alta complexidade seja porque só nesses locais há possibilidade de exercerem tais especialidades seja porque estes são *locchi* privilegiados de prestígio e reconhecimento econômico.

Pelos relatos é possível perceber que se a qualidade de atenção à saúde é pouca, os serviços são precários, tanto em relação à infra-estrutura instalada quanto no que diz respeito à efetividade do atendimento, isso em nada contribui para minorar os problemas de saúde das usuárias, derivados da falta de *qualidade de vida* e da ausência de *qualidade de saúde*, como se pôde perceber na análise das falas nos dois blocos anteriores. Porém, ainda que fossem investidas muitas centenas de milhões de reais para alterar isso, e o sofrimento das que esperam a atenção dos serviços fosse atenuado ou até eliminado, isso em nada alteraria as razões que as fazem procurá-los. Se falta *qualidade de vida*, faltará com certeza *qualidade de saúde* e existe grande possibilidade que venha a faltar também *qualidade de atenção à saúde*, já os serviços de recuperação, por melhores que sejam, não podem responder às múltiplas carências da realidade.

A afirmação de que a concentração de recursos na atenção à saúde não é novidade. Por um lado isso decorre da especificidade da própria área de saúde, cuja função principal é - historicamente - recuperar a saúde. A constatação da ineficiência na atenção à saúde no SUS, constatada nas falas das entrevistadas, não pretende defender a idéia de que, porque esses serviços estão ruins, o investimento na atenção deva ser abandonado e os

usuários deixados para morrer nas filas ou entregues à sanha do mercado que, sem escrúpulos, transforma medicamentos e tratamentos em produtos como outros quaisquer ²²⁴. *Contrario sensu*, com isso o que se está afirmando que eles devem continuar existindo, mas que precisam ser melhor aproveitados, a fim de garantir a eficiência, eficácia e efetividade, que são metas do Sistema. De outra forma, os usuários e usuários estarão entregues ao mercado privado de saúde ao qual só interessa o aspecto da recuperação, que pode ser privatizado e gerar lucros crescentes.

Nesse sentido é importante considerar também que eliminar a malversação do dinheiro público é condição essencial para proporcionar esse melhor aproveitamento. Isso diz respeito ao controle da alocação dos recursos, que não podem continuar sendo usados por bandidos de colarinho branco, que se locupletam com o dinheiro que é de todos e que deve ser destinado a sustentar a saúde, que é um direito público. Porque de nada adianta que as leis sejam justas se os cidadãos que estão investidos da responsabilidade com a coisa pública estiverem prontos a burlar em proveito próprio, e na primeira oportunidade, essas determinações que emergem do coletivo, mesmo quando isso pode acarretar malefício para os demais. E, agrava o efeito dessa ação predatória, o fato de não ser punida, transformando em motivo de chacota a indignação dos justos e tornando o violador o ícone da “esperteza”. Isso não só estimula a todos que tiverem oportunidade a tomar a mesma atitude como também transforma a lei em uma inverdade à qual seus supostos guardiões se apegam por imoralidade.

É oportuno resgatar também a relação estabelecida no *Marco Teórico* entre *qualidade de vida*, *qualidade de saúde* e *qualidade de atenção à saúde*, e os três níveis da atenção propostos para o Sistema Único de Saúde: promoção, prevenção e recuperação. Devido a essa simetria deve-se aplicar a esses níveis a mesma correlação hierárquica detectada em relação à qualidade. Em virtude disso, também se está afirmando que a promoção revela-se o verdadeiro *locus* da saúde e que deve ser priorizada. É nessa estratégia que se deve investir para romper a dependência e aumentar a autonomia em relação aos países centrais. É promovendo a saúde que se pode garantir *qualidade de vida*, na acepção plena do conceito.

No que diz respeito à atenção, a escolha pela promoção revela-se única maneira de reagir à voracidade dos interesses do mercado na área da saúde, que comandam a produção do desejo, da necessidade e da vontade individual e coletiva por meio da medicalização. Esse fenômeno aproxima o horizonte clínico do horizonte cultural, ensejando a identificação e associação entre o consumo de medicamentos e o bem-estar. Diante da falta de *qualidade de vida* e *qualidade de saúde* o fenômeno da medicalização parece apontar a única porta de saída para os males sociais. Isso faz a demanda por fármacos e pelo uso de equipamentos aumentar desmesuradamente, circunstância que atende a cobiça sempre crescente pelo lucro das grandes corporações da indústria farmacêutica: “Nessa realidade de múltiplas carências, em que a qualidade de vida é negada à maioria da população, os fármacos e exames parecem de fato a linha divisória entre a vida e a morte”²²⁵.

Esse quadro, que remete a um ciclo vicioso, a escolha pela promoção da saúde revela-se a maneira mais eficaz de responder às necessidades reais das pessoas, provendo-lhes as condições para que tenham uma vida digna. Há que se considerar, no entanto, que a promoção da saúde não pode ser canalizada apenas para a área da saúde, como vem ocorrendo. Fica evidente na fala das entrevistadas, que os aspectos relacionados à ausência de qualidade de vida e qualidade de saúde são multidimensionais e abrangem a totalidade de suas vidas. A ausência de *qualidade de vida* e *qualidade de saúde* são as verdadeiras causas do adoecimento e derivam de problemas socioeconômicos, que se perpetuam por força da moralidade excludente que pauta a vida social.

Como a área da saúde baliza suas ações pelo conceito de saúde da OMS, que reifica a expectativa de promover o bem-estar físico, psíquico e social nos serviços de saúde, estes acabam impactados pela demanda proveniente de todas as carências sociais. Reforça ainda mais esse processo o *ethos* constitutivo dos profissionais de saúde, e, principalmente, da classe médica, que por acharem que tem em suas mãos o poder sobre vida e morte, acabam por absorver sem maiores questionamentos essa responsabilidade que deve – necessariamente – ser partilhada com outros atores sociais e outras instituições do Estado.

Portanto, para efetivamente promover a saúde da população e dar sustentabilidade ao Sistema é necessário (e urgente) articular e implementar um plano de governo que desenhe os programas e as ações de forma - realmente - intersetorial, voltados a atender ao mesmo objetivo, com estratégias e táticas que não se sobreponham (e desperdicem, como

normalmente ocorre), mas que se complementem, multiplicando o efeito das ações pontuais e isoladas.

Para terminar é preciso acrescentar também que para conquistar tal objetivo os mecanismos para o controle social e a participação popular no SUS precisam ser cada vez mais fortalecidos. Tais mecanismos, conselhos de saúde e conferências, são instrumento de cidadania, voltados à adequação do Sistema às necessidades da realidade social brasileira, ao seu fortalecimento, enquanto política pública desenhada sob o parâmetro do direito à saúde, bem como para o empoderamento dos usuários, vistos como partícipes do Estado na formulação e implementação do acesso à saúde ²²⁶. Mesmo que se considere que tais mecanismos configuram-se ainda, em muitos casos, como uma forma de legitimar na esfera coletiva, interesses políticos setoriais, corporativos ou cartoriais, (restaurando com isso o sentido sociológico do termo “controle social”) permanece a necessidade de fortalecê-los, aperfeiçoá-los e ampliá-los para que de fato venham a se tornar instrumentos de inclusão social ²²⁷. A participação popular e o controle social se afiguram campo de experimentação de uma política pública de caráter não apenas resolutiva, mas também pedagógico, que permite que a sociedade perceba-se e atue como parte essencial do Estado, caminhando rumo à construção da cidadania.

5 Considerações finais

O instrumental metodológico, delineado a partir do roteiro de entrevista, buscou mensurar o acesso à *qualidade de vida*, *qualidade de saúde* e *qualidade de atenção à saúde*. Em todos os subitens classificatórios que compuseram esses três níveis de mensuração da qualidade, metodologicamente discriminados, fica evidente a conjugação entre os elementos subjetivos, apenas apreensíveis quando se dá voz aos atores que vivenciam a realidade que se quer retratar, e os dados objetivos, quantificados em pesquisas censitárias ou amostrais. Nesses três níveis, mesmo que de modo nem sempre explícito, a base fundante da perspectiva apresentada no capítulo *Resultados e discussão*, foi a experiência subjetiva dos sujeitos analisados, no que concerne suas sensações dolorosas e prazerosas, vivenciadas em sua corporeidade, imersa na realidade que os circunda.

Desse modo, no que tange a apreensão da *qualidade de vida* destes sujeitos, as informações obtidas a partir da classificação em sub-itens relacionados à autopercepção de si mesmos; ao lugar; à casa; tempo cotidiano; renda; trabalho e; projeto de vida responderam aos objetivos propostos. Todos possibilitaram o acesso a elementos da realidade, por meio das experiências subjetivas das entrevistadas, que não poderiam ser evidenciados em estudos quantitativos. As informações provenientes das análises objetivas subsidiam e complementam os elementos subjetivos, levantados por esse tipo de técnica, sem, no entanto, substituí-los.

No tocante à *qualidade de saúde*, as categorias violência interpessoal; conjugalidade; filhos; redes sociais e religião; reconhecimentos das desigualdades; cor; cuidados corporais; percepção do corpo; sono; alimentação; sexo e; sensações cotidianas tidas como “normais”, também se revelaram capazes de responder aos objetivos de pesquisa. Embora nestes tópicos seja necessário aprofundar a comparação com dados quantitativos, importantes para contextualizar a realidade concreta (objetiva), o levantamento das impressões das entrevistadas permite ver o mundo por seus olhos, revelando aspectos da realidade material na qual vivem que condicionam sua *qualidade de saúde*, que a análise quantitativa não é capaz de evidenciar.

Por ultimo, os tópicos referentes à *qualidade de atenção à saúde*, as sensações cotidianas tidas como “patológicas”; saúde e idade; atendimento nos serviços de saúde; filas e consulta; planejamento familiar; atendimento pré-natal e; considerações sobre o SUS; se mostraram igualmente eficazes para uma apreensão da realidade da saúde pública brasileira da qual as entrevistadas participam como usuárias dos serviços. A análise dessas interpretações da qualidade de atenção, como as considerações sobre o SUS, por exemplo, mostram a estreita relação que *qualidade de vida e qualidade de saúde* têm com a assistência à saúde propriamente dita. É importante salientar que tal apreensão é praticamente impossível quando as análises estão focadas apenas na *qualidade de atenção à saúde*, como mais comumente faz a Saúde Coletiva (e também a Bioética) quando concentram a pesquisa na problemática biomédica, deixando de lado os aspectos socioculturais e inter-relacionais da

vida das pessoas, ambos subjetivos por excelência, mesmo no que toca aos serviços de saúde.

Focar a pesquisa apenas na atenção dificulta observar, como foi possível a partir desse desenho de pesquisa, como a atenção tornou-se, para as usuárias, um espaço para lidar com carências e problemas da realidade sociocultural e interpessoal, circunstância que foge às potencialidades da área de saúde, organizada quase que exclusivamente sob a perspectiva biomédica, que foca as ações sobre o corpo biofísico, visto como a “parte” que torna doente. A respeito disso deve-se salientar também, que mesmo nos casos em que se leva em consideração o sofrimento psicológico, este tende a ser percebido de modo individual, apenas como conseqüência de relações interpessoais deterioradas e não como resultante da condição e situação de vida da pessoa, do processo social no qual se insere.

Assim, contrariando o senso comum, que valora prioritariamente a pesquisa quantitativa em detrimento da qualitativa (mesmo entre os cientistas), consideramos esta o necessário refinamento e aprofundamento daquela. Os dados levantados em campo demonstram isso, enfatizando que a pesquisa qualitativa permite captar os aspectos da realidade que podem aproximar a compreensão da alteridade, promovendo a identificação com o outro, indispensável à grande tarefa de transformar as moralidades que pautam as assimetrias sociais e as desigualdades de poder e oportunidades entre indivíduos, grupos, segmentos e populações. Essa característica da pesquisa qualitativa é de suma importância ao debate no campo da Bioética, cuja proposta de reflexão sobre os padrões éticos que pautam a lógica social

implica em conhecer e reconhecer as crenças subjacentes às moralidades para alcançar o diálogo. Ao se apropriar dessa ferramenta a Bioética será capaz não apenas de instrumentalizar a superação dos conflitos pontuais, mas contribuir para a reflexão e transformação das moralidades coletivas que causam a dor e o sofrimento.

5.1 A análise bioética sobre o panorama encontrado

Nessas *Considerações Finais* a discussão é sintetizada a partir do dado mais recorrente nesse rol de entrevistas, que diz respeito às características do trabalho doméstico exercido profissionalmente, e aos aspectos morais e éticos que prescrevem que sejam as mulheres negras a realizá-lo. No que diz respeito à perspectiva social deve-se enfatizar que, apesar do trabalho doméstico ser desqualificado a ponto de não ser sequer remunerado, todas as entrevistadas realizam essas atividades em suas moradias. No que tange à perspectiva econômica, deve-se ressaltar que como modalidade empregatícia, o trabalho doméstico é a profissão mais freqüente entre as entrevistadas, já que 10 dentre 12 delas desempenharam profissionalmente essa atividade em algum momento de suas vidas. Como, na maior parte dos casos, esse trabalho é sub-remunerado, condiciona desfavoravelmente a situação de vida de quem o realiza. Em relação aos aspectos de saúde e adoecimento devem-se levar em conta tanto as condições sob as quais o trabalho doméstico é realizado quanto as implicações da dupla realização dessas atividades.

Com base nessas informações considera-se que a análise sob o ponto de vista bioético das condições de produção e das relações de poder a que estão submetidas às entrevistadas mostra que o trabalho doméstico que devem desempenhar, apenas porque são mulheres, é uma anomalia. Quando se tem em conta que vivemos em uma sociedade patrimonial, na qual a propriedade dos meios de produção e a venda da mão-de-obra caracterizam as relações no âmbito do trabalho, a ausência de remuneração do trabalho doméstico permite identificá-lo como trabalho escravo. Por outro lado, como não existem imposições formais que obriguem as mulheres a fazer essas tarefas não se pode dizer que aquelas que as realizam sejam escravas, nem segundo define a legislação nem como compreende a moralidade consensual da sociedade. Essa condição ambígua obscurece o fato dessa forma milenar de divisão do trabalho entre os sexos penalizar as mulheres, diminuir sua qualidade de vida e gerar dor e sofrimento. Colocado à margem das atividades produtivas o trabalho doméstico é invisível aos olhos da sociedade.

Talvez por causa disso, essa forma injusta de divisão sexual do trabalho não seja associada ao trabalho escravo, não sendo reconhecida deste modo nem pelos movimentos de mulheres a nível mundial nem pelas legislações dos estados nacionais. Porém, como foi apontado no *Histórico*, ainda que hoje em dia trabalho no âmbito doméstico não se caracterize como escravidão, originou-se no trabalho escravo das mulheres nos primórdios da civilização, gerando um condicionamento social extremamente arraigado, introjetado e difícil perceber. Por isso, esse comportamento se mantém incólume através do tempo, favorecido pelas próprias mulheres que, condicionadas desde a

primeira brincadeira de “casinha”, treinam durante toda a infância para desempenhar os papéis de donas-de-casa, esposas e mães.

Ao assumirem esses papéis da vida adulta as mulheres estão condicionadas a classificar tais tarefas como parte inerente da condição feminina. Se, de modo geral, não percebem o peso que desempenhá-las acrescenta em suas vidas, quando isso se torna claro não conseguem romper com tal imposição por não ter quem as substitua, por temor de desestabilizar a relação conjugal e familiar, por medo de provocar conflitos ou, até mesmo, por desânimo de insistir na divisão dessas responsabilidades com maridos e familiares. Assim, mantém-se acorrentadas por toda sua vida a esses papéis, exercendo a tirânica função de algozes de si mesmas.

Mesmo consumindo considerável quantidade de energia orgânica e de tempo essas atividades não são reconhecidas como trabalho, apesar de garantirem a reprodução social. Por sustentarem a continuidade do todo social e respaldarem todas as demais atividades “produtivas”, pode-se dizer que as atividades da vida pública são desempenhadas às custas das realizadas na esfera doméstica.

A desigualdade na divisão do trabalho doméstico entre os sexos contribui para a manutenção da assimetria nas relações entre eles. Instituída pela força bruta, essa forma injusta de definir os papéis sociais (o trabalho e as responsabilidades e ele inerentes) atualmente é mantida também pela força do condicionamento cultural. Vistos sob a ótica do coletivo, do plano da Lei e das moralidades, os liames que atam as mulheres a essas atividades são tênues, embora se revelem no cotidiano uma prisão, cujos muros constroem e

amparam o sentido de suas existências. Ao se internarem entre eles tornam-se cativas, ambigualmente seduzidas e impactadas por seu poder. Dar visibilidade a essa questão, discutindo sua desigualdade inerente é uma forma de contribuir para a melhoria da qualidade de vida e saúde das mulheres, propiciando sua libertação, empoderamento e emancipação frente às moralidades iníquas e a ética sexista que as sustentam.

Se atualmente o trabalho realizado no âmbito doméstico não se configura para aquelas que o desempenham cotidianamente como trabalho escravo, a influência de sua invisibilidade – e desvalorização – repercute na forma como o trabalho doméstico exercido profissionalmente é percebido e conotado em nossa sociedade. Nesse caso, porém, a situação é bem mais complicada e grave, pois, além do reconhecimento legal não garantir às empregadas as condições para o exercício profissional que gozam os demais trabalhadores, elas são vitimadas também por uma moralidade social hipócrita, que marca as relações de produção entre as classes sociais, acobertando o racismo e a discriminação socioeconômica. O isolamento social que marca o cotidiano das empregadas dificulta ainda mais a conquista de situação de vida e trabalho melhores, circunscrevendo ao mínimo suas possibilidades de acesso à cidadania.

No Brasil os arranjos relativos ao trabalho doméstico são feitos entre mulheres de diferentes classes econômicas e sociais. Ícones desse processo, empregada e patroa, sintetizam o aspecto mais cruel da opressão e dominação das mulheres pelas mulheres: os recortes racial e de classe, dentro do recorte de gênero. As mulheres com maior poder aquisitivo se apropriam da energia e

da força de trabalho das menos favorecidas, transferindo a responsabilidade pela execução das tarefas pesadas, repetitivas e desagradáveis da faina doméstica para as profissionais. Dessa forma sentem-se desincumbidas do ônus de tais atividades, podendo realizá-las apenas esporadicamente, por prazer diletante em exercer o papel social que lhes é tradicionalmente atribuído.

Em contrapartida, como visto nas entrevistas, o trabalho doméstico revela-se a alternativa profissional daquelas a quem foi negada qualquer outra opção, como transparece também na fala de uma personagem do filme *Domésticas*, produção nacional do ano de 2001, feita pelos diretores Fernando Meirelles e Nando Olival: “é uma sina... ninguém pensa, quando eu crescer quero ser empregada doméstica”. O regime de servidão no qual esvai a vidas das mulheres que desempenham profissionalmente essas atividades lhes é imposto, senão pela força bruta (que não deixa de existir algumas vezes), pela iníqua brutalidade da moralidade social. Banalizando sua dor e sofrimento tal moralidade as transforma em títeres em uma tragédia enlouquecedora, pois a característica principal de seu cotidiano laboral é recomeçar do ponto de partida justamente quando se acaba de cruzar a linha de chegada.

A história de vida das entrevistadas mostra também que a dor e sofrimento físico, psicológico e moral, inerentes ao exercício do trabalho doméstico, é fator de comprometimento da saúde, que pode levar ao adoecimento. Se para as mulheres que realizam cotidianamente o trabalho doméstico apenas em seu próprio lar tais atividades revelam-se cansativas e pesadas, para todas aquelas que precisam realizá-las duplamente, as

implicações orgânicas e psicológicas também devem ser consideradas em dobro. Dar visibilidade a essa questão, discutindo sua desigualdade inerente é uma forma de contribuir para a melhoria da qualidade de vida e saúde das mulheres, em especial das trabalhadoras domésticas, propiciando sua libertação, empoderamento e emancipação, enquanto indivíduos e como categoria profissional, frente às moralidades iníquas e a ética sexista, racista e classista que as sustentam.

A possibilidade de exercício diletante do trabalho doméstico para as mulheres dos estratos socioeconômicos privilegiados, que as divide em classes, constitui-se um dos principais fatores para a manutenção da condição servil do emprego doméstico. Como as mais privilegiadas exploram as que estão em situação subalterna, não interessa interromper esse processo que implicaria na readequação não apenas da rotina doméstica, mas da própria dinâmica das relações familiares. Sob pena de serem impedidas de ocupar-se das atividades profissionais, direito pelo qual lutaram com empenho, as mulheres das classes privilegiadas “convenientemente” deixam de questionar a situação a que submetem suas iguais, das classes menos favorecidas, ficando cegas a sua dor e sofrimento. Por interesse próprio, as mulheres das classes privilegiadas se omitem quanto à exploração das empregadas domésticas, das quais dependem para manter seu cotidiano. Tal omissão colabora de forma decisiva para perpetuar a opressão.

Fica claro, portanto, que a conquista da liberdade das mulheres das classes sociais mais privilegiadas, que fundamenta a Revolução Feminista, dá-se sobre a manutenção da escravização das mulheres ao trabalho doméstico e

da servidão feminina das mulheres das classes sociais menos favorecidas. Atuando como agentes reprodutoras do modelo de dominação vigente, as patroas utilizam seus privilégios de classe para comprar o serviço de outras mulheres, as empregadas, que se encontram abaixo delas na escala social e são vulneradas por sua condição e situação de vida. Dessa forma, transferem o peso das correntes que as prendem ao trabalho reprodutivo. Seccionado por classe social e por cor o trabalho doméstico no Brasil deixa de tolher aquelas que podem pagar o preço de sua liberdade, sendo obrigatório para as que não têm meios de comprar sua alforria.

A manutenção das condições e situação de vida das mulheres destinadas ao emprego doméstico leva a considerar ainda as circunstâncias sob as quais se estabelece na prática o vínculo empregatício do trabalho doméstico atualmente no Brasil: sem carteira assinada, direito real à licença de saúde e exploração da mais valia. Essas circunstâncias, que são o *avesso do avesso*, parecem ser moralmente aceitáveis em nossa sociedade, revelam que a ética que sustenta o padrão moral das classes privilegiadas não se pauta em parâmetros universais, que garantem a qualidade de vida para todos os seres humanos, mas na manutenção de vantagens de classe espúrias e interesses particulares. Assim, a análise sob o ponto de vista bioético das condições de produção e das relações de poder a que estão submetidas as entrevistadas, pelo fato de serem pobres, mostra que o trabalho como empregadas domésticas, que estão condenadas a desempenhar, se dá sob flagrante injustiça.

Se a pobreza vulnerabiliza, não se pode desconsiderar sua relação com o racismo, que alija a cidadania a população negra. Quando se considera que a população negra representa 45,0 % da população total do país e corresponde a aproximadamente 65,0 % da população pobre e 70,0 % daqueles em extrema pobreza e, em contrapartida, a população branca, que corresponde a 54,0 % do total, só está representada nos segmentos pobre e extremamente pobre por 35,0 % e 30,0 % de seus integrantes, respectivamente^{80; 117}. Em relação ao racismo, tanto a fala quanto o silêncio das entrevistadas foram contundentes, revelando no primeiro caso que ele existe e no segundo, que é tão entranhado no corpo social quanto negado no imaginário coletivo. Porém, como foi possível perceber nas entrevistas, a dor e o sofrimento que experimentam em seu cotidiano é um sinal de que o racismo viceja, escondido sob o paternalismo, a indiferença, a naturalização das assimetrias e a banalização da opressão. A magnitude das desvantagens que se acumulam sobre a população negra, refletidas em todos os indicadores sociais, tornam transparente o véu que procura encobrir a moralidade racista.

Diante disso, a persistência em negar a discriminação racial no Brasil precisa ser tomada em sua dimensão moral. Ela reflete uma estratégia da população branca, dos grupos e segmentos populacionais privilegiados, para manter essas condições sociais anômalas e desfrutar do trabalho, da energia e da vida da população negra. Uma moralidade vampiresca, que entrega - sem ônus - nas mãos de uma minoria branca privilegiada, a vida da maioria negra, sistematicamente destituída do acesso aos lugares de fala e das condições de poder para transformar sua própria condição e situação de vida:

“Portanto, desprezar a variável racial na temática de gênero é deixar de aprofundar a compreensão de fatores culturais racistas e preconceituosos, determinantes nas violações dos direitos humanos das mulheres no Brasil, que estão intimamente articulados com a visão segundo a qual há seres humanos menos humanos do que outros e, portanto, se aceita completamente que não sejam tratados como detentores de direitos”²²⁸.

Para alterar esse panorama é imprescindível dar visibilidade ao processo de discriminação e exclusão por cor, desconstruindo assim – definitivamente - o mito da democracia racial e permitindo que a sociedade possa refletir sobre a desigualdade entre as condições de vida das pessoas negras e brancas para encontrar maneiras de superar o racismo latente. Nesse sentido, se deve ressaltar a importância dos desafios para promover a igualdade racial, apresentados no *Seminário de Saúde da População Negra*:

“a) contribuir para a conscientização dos negros e para a ampliação de seu repertório de direitos;

b) desconstruir os princípios da ‘branquitude’ alicerçados no reconhecimento das carências negras e, paradoxalmente, na proteção silenciosa (e constante) dos privilégios concretos e simbólicos dos demais”¹¹⁷.

É significativa, ainda, para a transformação do quadro social brasileiro, tanto para o conjunto da sociedade quanto, particularmente para o segmento estudado, a adoção de políticas públicas voltadas aos compromissos assumidos pelo Governo Brasileiro nas Conferências de Beijing e Durban, de

maneira geral, assim como os referendados na Conferência de Cairo, considerando sua importância em relação à saúde e, em especial, à saúde reprodutiva.

As condições de trabalho das empregadas domésticas, tal como estão hoje normatizadas no Brasil, refletem a discriminação, o preconceito de classe assim como o racismo que marca a moralidade da sociedade brasileira. A situação trabalhista e as condições de vida dessas trabalhadoras mostram a necessidade de o Estado atuar de maneira firme, no sentido de sanar – definitivamente - tais iniquidades, promovendo as condições para seu acesso à qualidade de vida e à cidadania plena. Nos dez casos em que o emprego doméstico revelou-se a opção de sobrevivência para as mulheres desse segmento, se pôde depreender a importância do Estado considerar as especificidades do vínculo empregatício do emprego doméstico, intervindo no sentido de efetivamente garantir que esse vínculo siga os preceitos legais tanto no concerne à remuneração quanto no que diz respeito à formalização do contrato de trabalho e dos demais direitos trabalhistas como as horas de descanso, as férias, a garantia provisória de emprego da gestante e a licença por motivo de saúde.

As entrevistas permitem perceber, também, que tal intervenção não deve se restringir à regulação do emprego doméstico, ainda que essa regulação venha a ser de fato efetiva. Para transformar a qualidade de vida de centenas de milhares de mulheres negras que vivem em condições similares às das entrevistadas é imprescindível um rol de políticas públicas desenvolvidas em conjunto pelos setores, visando garantir a esse segmento as

oportunidades de educação, trabalho, emprego e renda assim com à habitação, permitindo-lhes assim o acesso aos meios essenciais para conhecer e desfrutar de seus direitos de cidadania. Além disso, deve-se priorizar para esse segmento também a capacitação para o desempenho de outras atividades profissionais, bem como o crédito para a implementação e desenvolvimento de iniciativas próprias. A implementação de tais políticas públicas responde ao anseio por qualidade de vida desses grupos e, em virtude disso, não deixa de expressar também as vozes das entrevistadas, multiplicadas no coletivo.

Nesse sentido, é essencial apontar que a incorporação dos Direitos Humanos à Bioética, pela promulgação em 2005 da *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*²⁰, torna pertinentes a esse campo as discussões relativas à desigualdade social e suas conseqüências na qualidade de vida bem como nos processos de adoecimento e morte, tal como feito nesta tese. No que tange aos sujeitos aos quais se refere a bioética, a seu âmbito de atuação e a seus parâmetros orientadores, a *Declaração* vem ao encontro das propostas defendidas pela Bioética de Intervenção. A identificação entre o escopo teórico da Bioética de Intervenção e as recomendações dessa *Declaração*, legitima as propostas da primeira, pelo reconhecimento da pertinência da segunda, no coletivo dos estudiosos da bioética e dos governos signatários da *Declaração* no âmbito mundial.

Salientamos a seguir os pontos de intersecção entre elas que dizem respeito ao recorte proposto nesta tese: a identificação em relação ao objeto, ao âmbito e aos parâmetros orientadores. Já no Preâmbulo essa *Declaração*

mostra a relevância dos sujeitos de pesquisa trabalhados nesta tese quando reconhece “que conceder atenção à posição das mulheres é uma forma importante de avaliar as realidades sociais e alcançar a equidade”. Também o artigo 11 faz, indiretamente, referência ao segmento recortado nessa pesquisa, quando recomenda que “nenhum indivíduo ou grupo deve ser discriminado ou estigmatizado por qualquer razão, o que constituiria violação da dignidade humana, dos direitos humanos e das liberdades fundamentais”.

O artigo primeiro, que define o escopo da bioética, reforça a idéia de que esse campo de estudos deve tratar das questões éticas “nas dimensões social, legal e ambiental”. Também o inciso (i) do artigo 3º aponta para a ação na dimensão social quando afirma que dentre os objetivos dessa Declaração inscreve-se a necessidade de prover “uma estrutura universal de princípios e procedimentos para orientar os Estados na formulação de sua legislação, políticas e outros instrumentos no campo da bioética”. Por fim, o artigo 14 define que a promoção da saúde e do desenvolvimento social da população deve ser “o objetivo central dos governos, partilhado por todos os setores da sociedade”. Os incisos desse artigo incluem o acesso a cuidados de saúde de qualidade, à nutrição adequada e água potável, melhoria nas condições de vida, eliminação da marginalização e da exclusão, bem como a redução da pobreza e do analfabetismo. Cada um desses tópicos, que também orientam a Bioética de Intervenção, foram levantados nas entrevistas realizadas nesta pesquisa.

Quanto aos parâmetros norteadores, o inciso (iii) do mesmo artigo 3º deixa claro que a Bioética deve ser norteada pelo consenso manifesto nos

documentos de direitos humanos pactuados internacionalmente, enfatizando a necessidade de “promover o respeito pela dignidade humana e proteger os direitos humanos, assegurando o respeito pela vida dos seres humanos e pelas liberdades fundamentais, de forma consistente com a legislação internacional de direitos humanos”. Além disso, o artigo 10 ressalta que “a igualdade fundamental entre todos os seres humanos em termos de dignidade e de direitos deve ser respeitada de modo que todos sejam tratados de forma justa e eqüitativa”. Esses artigos definem a pertinência de adotar os tratados de direitos humanos como orientadores da ação em bioética, conferindo-lhes ainda a legitimidade do consenso internacional sobre o assunto, permitindo, entretanto, que sejam resguardadas as diferenças culturais próprias a cada localidade.

Se por si só a Bioética não basta para transformar o cotidiano, que é seu objetivo enquanto ética aplicada, dar visibilidade à desigualdade social pode contribuir para que as injustiças não permaneçam irrefletidas e veladas. Assim, a Bioética pode se converter, também, em um campo disciplinar capaz de desnudar a consciência, visando, por meio da reflexão e da razão, eliminar padrões de comportamento iníquos e arcaicos, que disseminam a dor, o sofrimento, o adoecimento e a morte prematura das pessoas. Dessa forma, é possível suplantar os obstáculos ao bem comum dos seres humanos, colocados pelas moralidades particulares, que privilegiam indivíduos, grupos, segmentos ou populações. Como um campo de reflexão a Bioética abre espaço para que a sociedade alcance uma moralidade mais ampla, pautada

pelos direitos humanos, que traçam patamares igualitários em relação aos direitos inalienáveis para todos, sem distinção.

Por dar voz a sujeitos concretos, cuja dor e sofrimento são o reflexo da desigualdade social a Bioética torna-se uma ferramenta política, capaz de imprimir a ética nas moralidades ou, ao menos, de revelar sua falta de ética. Ao desvelar as sensações e emoções de sujeitos reais, que experimentam em seu cotidiano o lado mais maléfico da concentração de renda e da desigualdade social, a Bioética leva a que se reflita sobre o significado das marcas físicas e psíquicas bem como das nódoas morais da discriminação e da iniquidade. Assim, ao legitimar e universalizar o discurso de indivíduos, grupos e segmentos oprimidos, alçando suas proposições para além do plano pessoal, a Bioética traz a consciência à flor da pele possibilitando a construção da identidade humana, que abre portas à ação, individual e coletiva, voltada a alcançar o bem comum.

6 Conclusão

Os dados levantados no trabalho de campo mostram que foram alcançados os objetivos geral e específicos, delineados no projeto de pesquisa. No que diz respeito ao desenho metodológico, a subdivisão analítica do conceito de qualidade atende à expectativa, pois reflete a interconexão entre a realidade social e dimensão individual, indicando a pertinência da utilização desse conceito no campo da Bioética. No que tange ao âmbito de atuação da Bioética, os dados também indicam que esse campo pode abranger a discussão das moralidades que pautam os comportamentos na dimensão social, que é o local onde se reproduz a saúde e o adoecimento. Eles apontam para o fato de que a discussão sobre as desigualdades nas condições e situação de vida entre indivíduos, grupos, segmentos e populações é tema pertinente a esse campo e que a Bioética só poderá realizar plenamente sua vocação quando incorporar essa discussão, tão presente nas diversas perspectivas da Bioética brasileira e latino-americana.

No que diz respeito à Bioética de Intervenção, os relatos do trabalho de campo também cumpriram seu objetivo. É possível sentir nas falas a dor e o sofrimento de sujeitos reais. É possível até mesmo imaginar a face das entrevistadas e identificar situações similares às descritas, no cotidiano de outras mulheres a quem emprestaram suas vozes. Suas palavras tornam claro o marco teórico da Bioética de Intervenção, o corpo, e os marcadores somáticos que lhe servem de parâmetro: o prazer e a dor. A constatação de que esse outro abstrato, seja negro, mulher ou pobre, é na verdade alguém

que sente, em sensação e emoção, exatamente como cada um de nós, permite construir um patamar de identidade, baseado na condição humana. Tal identidade propicia a superação da barreira da alteridade, da construção simbólica, ideológica e moral, do outro como o distante, o diferente, o inimigo, o inaceitável. Revelando tão generosamente os detalhes de suas existências, as mulheres entrevistadas demonstraram que a vida social pode ser apreendida pelas marcas de seu corpo.

É preciso ainda tecer algumas considerações que a promulgação da *Declaração sobre Bioética e Direitos Humanos*²⁰ trouxe à baila, que dizem respeito à forma de atuação da Bioética. Setores que criticam a *Declaração* afirmam que a Bioética não deveria estar relacionada aos direitos humanos e que não pode assumir uma conotação política sob pena de perder sua capacidade fundamental de fornecer elementos para que se possa arbitrar de maneira ética sobre os conflitos²²⁹. Como parece demonstrado nesta tese, afirmar que a Bioética não pode nortear-se pelos direitos humanos ou referir-se à política, como querem os opositores da *Declaração*, se constitui um sofisma, elaborado para manter o poder de fala dos grupos hegemônicos. É preciso lembrar que essa tentativa de calar as vozes dos que pretendem ampliar o escopo da Bioética para que ela responda à macabra realidade social dos países periféricos ou mesmo das populações excluídas nos países centrais, também é um posicionamento político e que ser “apolítico constitui, desde o princípio, um posicionamento tão politizado como outro qualquer”²³⁰.

Reforçando essa afirmação sobre a pertinência da Bioética atuar como ferramenta para discutir a ética também nas políticas públicas é preciso

lembrar que o sentido original do termo “política” refere-se à atividade autônoma e criativa dos cidadãos da *polis*, empenhados em um debate essencial ao esclarecimento de todos. Nessa acepção, a política revela-se p(arte) essencial à vida social e atividade cotidiana do coletivo de seres livres e autônomos. Também ela não pode ser reduzida ao plano da mera representatividade, concebida como uma atribuição de seres elevados a uma categoria “especial”, e que, por isso, se encastelam nos espaços de poder e se apropriam da fala coletiva.

Para responder aos anseios da maioria por justiça a política deve ser um *saber* dedicado a fomentar a soberania e a justiça para todos. Para se tornar o meio de promover a equidade a política precisa ser um *fazer* que não pode estar afastado da realidade cotidiana. A política deve ser a ação orgânica do indivíduo no coletivo. O exercício da liberdade pessoal no jogo de forças do poder, sopesando a autonomia individual e o respeito à liberdade no coletivo. Buscar o equilíbrio entre o desejo, a necessidade e a vontade nas dimensões individual e coletiva pode gerar um debate capaz de instaurar oportunidades equitativas para todos, nas moralidades, nas regras e nas normas de convívio social, sem discriminação. E, nesse sentido, a Bioética precisa ser política.

Deve-se salientar ainda que “toda mudança política é inútil, a menos que seja fruto de uma mudança no comportamento ético” ²³¹. Nesse sentido, é essencial que a Bioética se converta em um instrumento para despertar a consciência e provocar a reflexão, concorrendo para desvelar o preconceito, a discriminação, o racismo e a injustiça que marcam de maneira cruel a vida de seres humanos concretos, como ficou evidenciado pelo exposto ao longo deste

trabalho. É na dimensão simbólica que se cristalizam “as razões que estruturam os juízos morais”⁶⁹. E são essas razões que consubstanciam as visões de mundo e condicionam o comportamento cotidiano, projetando na vida social a iniquidade, que se torna um elemento “natural” na vivência do dia-a-dia.

Para –efetivamente– colaborar para a transformação da sociedade é preciso que a Bioética contribua para facultar os meios para o empoderamento das pessoas oferecendo-lhes a chance de entender que, em primeira instância, sua condição de vida não decorre de incapacidades pessoais, mas que se origina na estrutura social e se manifesta em sua dinâmica, na forma em que estão dispostos cada um dos segmentos da sociedade e as relações de poder que se estabelecem entre eles. É preciso também que, em sua prática, a Bioética atue de forma decidida para libertá-las da opressão dos estigmas, que marcam esses condicionamentos, possibilitando-lhes ponderar sobre as desigualdades sociais e agir no cotidiano para suprimi-las. Pois se a ética diz respeito ao julgamento sobre a pertinência a seguir (ou não) uma moralidade e se toda ética é, antes de tudo uma Bioética²³², esta deve dizer respeito ao discernimento sobre a ação mais favorável à promoção da vida.

E, se a *pièce de resistance* é promover a vida é preciso que a Bioética aponte, por simples questão de lógica, que as razões que orientam os juízos morais precisam estar voltadas ao coletivo, ao bem comum, à equidade. Resgatar a consciência do coletivo, a essência social em cada um, é uma forma de investir contra o poder hegemônico, intervindo no cotidiano pela *metamorphosis* do imaginário, desencadeando um processo transformação nas

inter-relações entre as pessoas e nas relações com o ambiente. Na interface dialética entre reflexão e ação é possível solapar o poder do *status quo*, que se configura realidade pela ação cotidiana das pessoas e pela reprodução no dia-a-dia da moralidade que desenha sua compreensão do mundo. Ao trazer elementos para a reflexão se está abrindo o campo para a tomada consciência, para que seja possível discernir sobre a ação mais favorável à promoção da vida.

Para que a mutação na ação ocorra nesse sentido, da superação da alienação e da tomada de consciência, há que se reconstruir a noção de pertencimento, ampliando-a à dimensão humana, para que abranja todos os seres humanos (e suas diferenças) de forma harmoniosa e equânime. Só reconhecendo a dignidade de toda a vida humana é possível reconhecer o direito à vida de todas as formas de vida, essencial à sustentabilidade. A partir desse reconhecimento, será possível caminhar rumo à percepção da interconexão de todas as formas de vida, consoante à compreensão da imaterialidade essencial do ser, que adveio da quebra de paradigma. Porque agora, sabendo que nem no nível atômico somos unidades materialmente isoladas é preciso incorporar tal consciência à existência. A solidez - absoluta e irrefutável - que informa os sentidos é o limite da percepção. Além dela a matéria é um todo de energia, um mar que se diferencia apenas na frequência e intensidade das ondas. E ainda que a consciência não opere nesse nível, ter cons(ciência) dele pode orientar na superação dos parâmetros etnocêntrico e antropocêntrico, desconstruindo a desigualdade entre os seres humanos e o especismo.

Para tanto, é preciso que se promova a reflexão e a Bioética é o campo epistemológico que se abriu para isso. Assumir sem temor a vocação de refletir as idéias sobre o mundo, os seres e as coisas, é uma posição libertária, digna daqueles que vêm no exercício da hermenêutica uma forma de tomar consciência de si mesmos e daquilo que se pode conceber do todo. No nível instrumental, na casuística do dia-a-dia, é necessário que a Bioética aprimore seus mecanismos de ação (e desenvolva outros, para além do âmbito da Saúde e dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP), por exemplo) buscando assim criar oportunidades para que as pessoas se emancipem da opressão inerente aos padrões que constroem a assimetria nas relações de poder. Para que possam de fato decidir de forma soberana sobre suas vidas, sem que sua pretensa “autonomia” seja circunscrita por sua profunda vulnerabilidade.

E, sobretudo, é essencial à Bioética tornar claras as razões que estruturam os juízos morais, que pautam as relações sociais e ambientais. É fundamental agir sem falsos pudores, sem se esconder sob o manto da neutralidade, que acoberta o imperialismo moral. As relações de poder, tal como se vive hoje, sob o jugo do bio-poder, consubstanciam-se no individualismo exacerbado (e alienado), que reflete um narcisismo cego, insuflado pela sociedade de mercado globalizada. A “ética” do mercado, que não é a ética das relações humanas, mas do lucro a qualquer preço; a ideologia de competição a ela inerente; a sedução da tecnologia ²² e; o fetichismo da mercadoria são representações extremamente poderosas no mundo atual, capazes de obnubilar a consciência da dimensão coletiva,

desestabilizando as estruturas sociais e inviabilizando a sustentabilidade ambiental.

A magnitude da ideologia do mercado na conformação da consciência faz com que se considere necessário trazer ainda uma proposta relacionada à forma de atuação da Bioética de Intervenção. Essa tática consiste na substituição da estratégia de competição que marca as relações pessoais, institucionais assim como as ambientais, nas sociedades regidas pelos interesses da economia de mercado globalizada, pela cooperação, baseada na ajuda mútua em prol dos interesses de toda coletividade e no cuidado protetor com o ambiente. A tática de cooperação deve estar orientada segundo um vetor de prioridades que se direciona do essencial para o supérfluo, na dimensão material, da necessidade para o desejo no plano cultural e do indivíduo para a coletividade, no sentido do movimento. Se terá enfrentado e vencido a sanha avassaladora pelo lucro, que comanda os interesses na sociedade globalizada, quando cada um, de maneira autônoma e consciente, for capaz de priorizar o essencial e o necessário ao bem-estar da coletividade, entendida de forma ampla, como o conjunto dos seres humanos.

No que diz respeito à dimensão material, especificamente à esfera socioeconômica, a cooperação baseada na ação cidadã direta ou em organizações civis voltadas ao mutualismo é uma maneira eficaz de gerar formas de organização social capazes de atuar - de fato - para a superação das desigualdades. Como revelado pelas mulheres entrevistadas, a cooperação é a tática prioritária para sobreviver em condições adversas e a reciprocidade o valor que a fundamenta. O aprendizado que se pode trazer do

campo é que a cooperação deve ser fomentada para gerar laços sociais e vínculos de pertencimento. Dar voz a tal ensinamento e expandi-lo é tarefa da Bioética de Intervenção.

Feci quod potui, faciant meliora potentes

Referências:

1. CHAUI, M. *Estudo da filosofia*. São Paulo: Saraiva, 1999. p. 306.
2. FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia*. São Paulo: Paz e Terra, 2001. p. 14.
3. ALMEIDA, JA. *A bagaceira*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1980. p. 22.
4. GARRAFA, V & PORTO, D. Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. *Bioethics* 17(5;6), october, 2003. p. 399-416.
5. ANJOS, MF. Teologia da Libertação e bioética. In: PRIVITERA, S. *Dicionário de bioética*. Aparecida: Santuário, 2000.
6. SCHRAMM, FR. "Bioética sin universalidad? Justificación de una bioética latino Americana y Caribeña de Protección". In: GARRAFA, V; KOTTOW, M & SAADA, A. (Orgs.). *Estatuto epistemológico de la Bioética*. México: Universidad Nacional Autónoma de México/ Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética de la UNESCO, 2005. pp. 165-85.
7. DINIZ, D & GUILHEM, D. Bioética feminista: o resgate político do conceito de vulnerabilidade. *Bioética* 7(2). 1999. pp. 181-8.
8. OLIVEIRA, F. Feminismo, raça/etnia, pobreza e bioética: a busca da justiça de gênero, Anti-Racista e de classe. In: GARRAFA, V & PESSINI, L. (Orgs.) *Bioética poder e injustiça*. São Paulo: Loyola, 2003. pp. 345-63.
9. FLECK, MPA; LEAL, OF; LOUZADA, S. *et al. Versão em Português do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida*. Grupo de Estudos em Qualidade de Vida, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Hospital das Clínicas de Porto Alegre. Do original Divisão de Saúde Mental Grupo WHOQOL.OMS [1994], 1998.
10. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS/WHO) *Constituição da Organização Mundial da Saúde* (OMS/WHO). Biblioteca Virtual de Direitos Humanos, Comissão de Direitos Humanos da Universidade de São Paulo

(USP) http://www.direitoshumanos.usp.br/counter/Oms/texto/texto_2.html. Acesso em: 4/08/2006.

11. PLATAFORMA POLÍTICA FEMINISTA. *Conferência Nacional de Mulheres Brasileiras*. Brasília, DF, 6 a 7 de junho de 2002.

12. BRASIL. *Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 1999.

13. BRASIL. *Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2001.

14. BRASIL. *Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2003.

15. BRASIL. Censo Demográfico 2000: Características da População e dos Domicílios: Resultados do universo. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default.shtm>. Acesso em; 3/10/2006.

16. BRASIL. *Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 1995.

17. ANJOS, MF. A vulnerabilidade como parceira da autonomia. *Revista Brasileira de Bioética* 2(2), 2006. (no prelo).

18. GARRAFA, V. A inclusão social no contexto político da bioética. *Revista Brasileira de Bioética* 1(2), 2005. pp. 122-132.

19. SCHRAMM, FR. A saúde é um direito ou um dever? Uma autocrítica da saúde pública. *Revista Brasileira de Bioética* 2(2), 2006. (no prelo).

20. UNESCO. *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Brasília: Sociedade Brasileira de Bioética/Cátedra UNESCO de Bioética, 2006.

21. JUNGES, JR. Bioética como casuística e como hermenêutica. *Revista Brasileira de Bioética* 1(1), 2005. pp. 28-44.

22. PORTO, D & GARRAFA, V. Bioética de intervenção: considerações sobre a economia de mercado. *Bioética* 13 (1), 2005. pp 111-23.
23. POTTER, VR. *Bioethics: the bridge to the future*. Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1971.
24. REICH, WT. (Ed.) *Encyclopedia of bioethics*. New York: The Free Press, 1978.
25. OLIVEIRA, MF. Por uma bioética não-sexista, anti-racista e libertária. *Dossiê*. São Paulo: Rede Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 2000.
26. PESSINI, L. Bioética das intuições pioneiras – Perspectivas nascentes aos desafios da contemporaneidade. *Revista Brasileira de Bioética* 1(3), 2005.
27. SOTOLONGO, PL. “El tema de la complejidad en el contexto de la bioética”. In: *Estatuto epistemológico de la Bioética* GARRAFA, V; KOTTOW, M & SAADA, A (Orgs.). México: Universidad Nacional Autónoma de México/ Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética de la UNESCO, 2005. pp. 95.
28. PESSINI, L. Bioética das intuições pioneiras – Perspectivas nascentes aos desafios da contemporaneidade. *Revista Brasileira de Bioética* 1(2), 2005. pp.145-63.
29. COSTA, SIF; GARRAFA, V & OSELKA, G. “Apresentando a bioética”. In: COSTA, SIF; GARRAFA, V & OSELKA, G. (Orgs.) *Iniciação à bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.
30. SCHRAMM, FR. *Op. cit.* 2005.
31. GARRAFA, V; OSELKA, G & DINIZ, D. Saúde pública, bioética e equidade. *Bioética* 5 (1), 1997. pp. 27-33.
32. GARRAFA, V. Radiografia bioética de um país – Brasil. *Acta Bioethica* 6, 2000. pp. 171-5.
33. ALMEIDA, C. “Saúde nas reformas contemporâneas”. In: COSTA AM; MERCHÁN-HAMANN, E & TAJER, D. (Orgs.) *Saúde, equidade e gênero – Um desafio para as políticas públicas*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2000. pp. 61-93.
34. CUNHA, JPP & CUNHA RE. “Sistema Único de Saúde – princípios”. In: *Gestão municipal de saúde – textos básicos*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001. pp. 285-304.
35. FERREIRA, JR & BUSS, PM. “Atenção primária e promoção da saúde”. In: *Op. cit.*, 2001. pp. 255-63.

36. ANDRADE, MOL & BARRETO, ICHC. "Promoção da saúde e cidades/municípios saudáveis: propostas de articulação entre saúde e ambiente". In: MINAYO, MCS & MIRANDA AC. (Orgs.) *Saúde e ambiente sustentável – estreitando nós*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. pp. 151-71.
37. ALMEIDA FILHO, N. "Uma breve história da epidemiologia". In: ROUQUAYROL, MZ & ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.) *Epidemiologia & saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.
38. BERLINGUER, G. *A doença*. São Paulo: CEBES - HUCITEC, 1988. p. 100.
39. BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Normas para pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília: Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, 2000. pp. 22-3.
40. JUNGES, JR. Ética e consentimento informado. *Cadernos de ética em pesquisa*. Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, 2000. p. 22.
41. FREITAS, CBD & HOSSNE, WS. O papel dos comitês de ética em pesquisa na proteção do ser humano. *Bioética* 10(2), 2002. pp. 129-46.
42. DINIZ, D; GUILHEM, D & GARRAFA, V. The bioethics in Brazil and the principlialist theory. *Bioethics* 13, 1999. pp. 243 -48.
43. GARRAFA, V. *A dimensão da ética em saúde pública*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública (USP), 1995. p. 17.
44. GARRAFA, V. Reflexões bioéticas sobre ciência, saúde e cidadania. *Bioética* 7(1), 1999. pp. 13-20.
45. ANJOS, MF. Bioética, abrangência e dinamismo. *O Mundo da Saúde* 21(1), 1997.
46. PESSINI, L & BARCHIFONTAINE CP. "Bioética: do principlialismo à busca de uma perspectiva Latino-americana". In: *Iniciação à bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. pp. 81-97.
47. GARRAFA, V. Bioética fuerte: una perspectiva periférica a las teorías bioéticas tradicionales. Conferencia: 3^{er}. Congreso de Bioética de America Latina y del Caribe. Panamá, maio/2000.

48. ANJOS, MF. "Bioethics in a liberationistic key". In: DUBOSE, E; HAMEL, R & O'CONNELL, L. *A matter of principles? Fermente in U.S. bioethics*. Trinity Press Int, 1994. p. 5.
49. ANJOS, MF. *Op. cit*, 1994. p. 10.
50. _____. *Op. cit*. 2006. (no prelo). pp. n.d.
51. SCHRAMM, FR & KOTTOW, M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cadernos de Saúde Pública*. 17(4) 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 25 de julho de 2006.
52. SCHRAMM, FR. *Op. cit*. 2005.
53. _____. *Op. cit*, 2006. (no prelo). pp. n.d.
54. OLIVEIRA, AAS; VILLOPOUCA, KC & BARROSO, W. Perspectivas epistemológicas da bioética brasileira a partir da teoria de Thomas Kuhn. *Revista Brasileira de Bioética* 1(4), 2005. pp. 363-85.
55. BERLINGUER, G. *Bioética cotidiana*. Brasília, Editora UnB, 2004.
56. GUILHEM, D. Escravas do risco – bioética, mulheres e Aids. Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília: *Tese de doutorado em Bioética*. 2000.
57. CORRÊA, MV. *Novas tecnologias reprodutivas – limites da biologia ou biologia sem limites?* Rio de Janeiro: Editora da Universidade do Rio de Janeiro, 2001.
58. COSTA, S & DINIZ, D. *Bioética: ensaios*. Brasília: Letras Livres, 2001.
59. OLIVEIRA, MF. *Bioética: uma face da cidadania*. São Paulo: Moderna, 1997. p. 116.
60. _____. Opressão de gênero, feminismo e bioética: algumas considerações para o debate. *Mesa Redonda Gênero e Bioética*. Buenos Aires, 5 de dezembro de 1998. RAGCyT – Red Argentina de Gênero, Ciencia y Tecnologia.
61. CARNEIRO, S. Mulheres em movimento. *Estudos Avançados* 17(49), 2003. p. 118. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142003000300008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 04 Nov 2006. doi: 10.1590/S0103-40142003000300008.

62. BRASIL. Filósofa propõe a adoção de um feminismo Anti-Racista. Agência Brasil/RADIOBRÁS. Painel Gênero e Equidade na África e na Diáspora, 2ª Conferência de Intelectuais da África e da Diáspora (Ciad). Carneiro, S. Em <http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2006/07/12/materia.2006-07-12.6236275944/view>. Acesso em: 4/10/2006.
63. OLIVEIRA, F; FERRAZ, TC & FERREIRA, LCO. Idéias feministas sobre bioética. Revista Estudos Feministas, Florianópolis, v. 9, n. 2, 2001. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2001000200009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2001000200009&lng=en&nrm=iso)>. Access on: 05 Nov 2006. doi: 10.1590/S0104-026X2001000200009.
64. PORTO, D & GARRAFA, V. *Op. cit.* p. 120.
65. DURKHEIM, É *Da divisão do trabalho social*. São Paulo: Martins Fontes, 1995.
66. GARRAFA, V & PORTO, D. *Op. cit.* p. 401.
67. SEN, A. *Desenvolvimento como liberdade*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
68. FREIRE, P. *Op. cit.*
69. GARRAFA, V. Inclusão social no contexto político da bioética. *Revista Brasileira de Bioética* 1(2), 2005. pp. 122-32.
70. RODRIGUES, JC. *O Corpo na história*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2001. p. 177.
71. ALVES, KCM. Cuerpos, personas y viajes: una exploración en antropología social. Estudios de caso en el sureste mexicano. Tese de mestrado em Antropologia Social. *Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (Ciesas)*. Chiapas/México, 2004.
72. _____. *Op. cit.* p. 38.
73. SCHOPENHAUER, A. *O Mundo como vontade e como representação I*. São Paulo: UNESP, 2005.
74. DURKHEIM, É. “Regras relativas à observação dos fatos sociais”. In: *As regras do método sociológico*. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1990. p. 37.
75. PORTO, D & GARRAFA, V. *Op. cit.* p. 118.
76. PORTO, D & GARRAFA, V. *Op. cit.* p. 119.

77. PORTO, D & TAPAJÓS, A. 2004. Gênero, raça e bioética de intervenção. *V Congresso Brasileiro de Bioética – Anais*. Recife, p. 26.
78. MINAYO, MCS; HARTZ, ZMA & BUSS, PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva*. [on line];5(1), 2000. pp. 7-18.
http://www.scielo.php?script=sci_arttex&pid=S1413-81232000000100002&lng=en&nrm=iso.
Acesso em:17/07/06.
79. FLECK, MPA.; LEAL, OF.; LOUZADA, S. *et al. Op. cit.* p. 5.
80. HENRIQUES, R. Desigualdade racial no Brasil: evolução das condições de vida na década de 90. *Texto para discussão nº 807*. Diretoria de Estudos Sociais/Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas, 2001.
81. SOARES, SSD. O perfil da discriminação no mercado de trabalho: homens negros, mulheres brancas e mulheres negras. *Texto para discussão nº 769*. Diretoria de Estudos Sociais/Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas, 2000.
82. GÓES, JR & FLORENTINO, M. “Crianças escravas, crianças dos escravos”. In: DEL PRIORE, M. (Org.) *História das crianças no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2006. p. 188.
83. SINGER, P. “Ricos e pobres”. In: *Ética prática*. São Paulo, Martins Fontes, 1998. pp. 229-59.
84. GARrafa, V. Imperialismo moral. (verbetes). In: TEALDI, JC. (Org.), *Enciclopédia latinoamericana de bioética*. México: UNESCO (no prelo).
85. EAGLETON, T. *Ideologia: uma introdução*. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista/Editora Boitempo, 1997. p. 180.
86. MINAYO, MCS; HARTZ, ZMA & BUSS, PM. *Op. cit.* p. 6.
87. KOLS, AJ & SHERMAN, JE. Programas de planejamento familiar: melhoria da qualidade, *Population Reports, Serie J: 47*. Baltimore, Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program, Linda DS. (Ed) novembro, 1998.
88. PORTO, D. Poder sobre o próprio corpo (verbetes). In: TEALDI, JC. (Org.) *Op. cit.* (no prelo).

89. PORTO, D. El impacto de la medicalización en la sociedad y en la salud pública: consideraciones sobre el caso brasileño. *Resumo de ponências y comunicaciones*. IV Congreso Mundial de Bioética, 21-25 novembro de 2005. pp. 574-90.
90. BIROU, A. *Dicionário das ciências sociais*. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1973. p. 180.
91. FOUCAULT, M. *História da sexualidade: a vontade de saber*. São Paulo: Graal, 2006. p. 169.
92. OLIVEIRA, SF & FERREIRA LB. Biological views of the inexistence of the human races. *Eubios J Asian Int Bioeth*. 14, 2004. pp. 59-61.
93. FERREIRA, LB. Utilization of the race concept in the medical sciences. *Eubios J Asian Int Bioeth*. 15, 2005. pp. 187-190.
94. OLIVEIRA, MF. Ser negro no Brasil. *Estudos avançados*, 18 (50). 2004. pp. 57-60.
95. SUÁREZ, M. Desconstrução das categorias "mulher" e "negro". *Grupo de Trabalho Temas e Problemas da População Negra no Brasil*. XV Encontro Anual da ANPOCS: 15 a 18 de outubro de 1991. Caxambu/Minas Gerais. *Série Antropologia*. 133, 1992.
96. SADER, E & PAOLI, MC. "Sobre 'classes populares' no pensamento sociológico brasileiro: notas de leitura sobre acontecimentos recentes". In: CARDOSO, R. (Org.) *A aventura antropológica – teoria e pesquisa*. São Paulo: Paz e Terra, 1986. pp. 39-67.
97. FOUCAULT, M. "Direito de morte e poder sobre a vida". In: *Op, cit.*, 2006. pp. 147-74.
98. ORTNER, S. "Está a mulher para o homem assim como a natureza para a cultura?". In: ROSALDO MZ & LAMPHERE, L (Orgs.) *A mulher, a cultura e a sociedade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979. pp. 95-120.
99. BAMBERGER, J. "O mito do matriarcado: por que os homens dominavam as sociedades primitivas? In: ROSALDO MZ & LAMPHERE, L (Orgs.) *Op. cit.*, 1979. pp. 233-54.
100. ENGELS, F. *A origem da família, da propriedade privada e do estado*, Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 1981. Sem grifo no original.
101. ROSALDO, MZ & LAMPHERE. "Introdução" In: *Op. cit.*, 1979. p. 19.
102. STRATERN, M. "Uma perspectiva antropológica". In: HARRYS, O & YOUNG, K. (Orgs.) *Antropologia y feminismo*. Barcelona: Anagrama, 1979. pp. 133-52.

103. JOHANSON, D & EDEY, M. *Lucy: os primórdios da humanidade*. Rio de Janeiro: Bertrand Russel, 1996. p. 440.
104. DEL PRIORE, M. *Ao sul do corpo. Condição feminina e mentalidades no Brasil colônia*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1995.
105. MURARO, RM. *A mulher no terceiro milênio. Uma historia da mulher através dos tempos e suas perspectivas para o futuro*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1993. p. 67.
106. FOUCAULT, M. "Disciplina – os corpos dóceis". In: *Vigiar e punir: história da violência nas prisões*. Petrópolis:Vozes, 2002.
107. FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. São Paulo: Graal. 1982. p. 188.
108. BALANDIER, G. *Antropo Lógicas*. São Paulo, Cultrix, 1987. p. 61.
109. SANTOS, GA. *A invenção do ser negro: um percurso das idéias que naturalizam a inferioridade dos negros*. São Paulo/Rio de Janeiro: Educ/Fapesp/Pallas, 2002.
110. FAUSTO, B. *História concisa do Brasil*. São Paulo: Universidade de São Paulo/Imprensa Oficial do Estado, 2001. p. 26.
111. ANDREWS, GR. *Negros e brancos em São Paulo: 1988 – 1998*. Bauru/São Paulo: EDUSC, 1988. p. 53.
112. VOGT, C & FRY, P. *A África no Brasil – cafundó*. Campinas/São Paulo: Editora Unicamp/ Companhia das Letras, 1996 . pp. 9-96.
113. DEL PRIORE, M. *Mulheres no Brasil colonial. A mulher no imaginário social. Mãe e mulher. Honra e desordem. Religiosidade e sexualidade*. São Paulo: Editora Contexto, 2000.
114. CIRANDA AFRO. Miscigenação pelo estupro. *Ciranda Internacional de Informação Independente*. quarta-feira 12 de julho de 2006. Em <http://www.ciranda.net/spip/article354.html>. Acesso em: 3/10/2006.
115. FIGUEIREDO, L. "Mulheres nas Minas Gerais". In: DEL PRIORE, M (Org.) *História das mulheres no Brasil*. São Paulo: Editora UNESP/Editora Contexto. 2002.
116. RODRIGUES, N. *Os africanos no Brasil*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2004.

117. BRASIL. Secretaria Especial para Promoção da Igualdade Racial/Ministério da Saúde. *Seminário Nacional de Saúde da População Negra*. Caderno de textos básicos. Brasília, 18-20 agosto, 2004. p. 50.
118. RODRIGUES, JC. *Tabu do corpo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. pp. 107. *appud* BOLTANSKI, L. *Los usos sociales del cuerpo*. Paris: Centre de Sociologie Européene, s.d. (mimeo).
119. FOUCAULT, M. *Op. cit.* 2006. pp.162-3.
120. FREYRE, G. *Casa-grande & senzala*. Rio de Janeiro: Record, 1995.
121. FREYRE, G. *Sobrados e mocambos*. Rio de Janeiro: Record, 1990.
122. MARX, K. & ENGELS, F. “Manifesto do partido comunista”. In: *Cartas filosóficas e manifesto comunista de 1848*. São Paulo: Editora Moraes, 1987.
123. WOOD, CH & CARVALHO, JAM. *A demografia da desigualdade no Brasil*. Rio de Janeiro: Ipea, 1994.
124. FERNANDES, F. *A integração do negro na sociedade de classes*. São Paulo: Ed. Nacional, 1965.
125. SOUZA, J. Democracia racial e multiculturalismo: ambivalente singularidade cultural brasileira. *Estudos afro-asiáticos* [online]. 2000, no. 38 [citado 2006-11-02], pp. 135-155. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-546X2000000200007&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0101-546X. doi: 10.1590/S0101-546X2000000200007. Acesso em: 23/10/2006.
126. CARNEIRO, S. *Op. cit.*, 2003.
127. HASENBALG, C. “Entre mitos e fatos: racismo e relações sociais no Brasil”. In: MAIO, MC & SANTOS, RV. (Orgs.) *Raça, ciência e sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz/CCBB, 1996. pp. 235-49.
128. SOARES, SSD. *Op. cit.* p. 25.
129. SOARES, SSD. *Op. cit.* p. 27.
130. BRASIL. *Op. cit.*, 2004. *appud* SANTOS, M. *Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal*. Rio de Janeiro: Record, 2000.

131. ANDREWS, GR. *Op. cit.* p.116.
132. _____. *Op. cit.* p.115.
133. BRASIL, LEI nº 5.859 Dispõe sobre a profissão de empregado doméstico, assim considerado aquele que presta serviços de natureza contínua e de finalidade não lucrativa à pessoa ou à família, no âmbito residencial - de 11 de DEZEMBRO de 1972 - DOU de 12/12/72.
134. BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, Senado Federal, 1988. p. 12.
135. PAROSKI, MV. A empregada doméstica e a garantia provisória de emprego da gestante. *Jus Navigandi*. Em <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=9027>. Acesso em:5/10/2006.
136. DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS “Medida Provisória 284 - Impactos para empregados domésticos e para empregadores” *Dieese*, Nota Técnica número 27 de Julho 2006 em <http://www.dieese.org.br/notatecnica/notatec27-MP284.pdf>. Acesso em: 3/08/2006.
137. REDE GLOBO DE TELEVISÃO. *Jornal Nacional*. Edição de 15/07/2006.
138. OLIVEIRA, F. País apartado e "racializado" desde os primórdios. Edição 389 de 11/7/2006
www.observatoriodaimprensa.com.br. URL do artigo: www.observatoriodaimprensa.com.br .
Acesso em: 11/07/2006.
139. CONGRESSO INTERNACIONAL MULHER TRABALHO E SAÚDE. *Eqüidade de gênero e qualidade de vida: desafio dos novos tempos sociais*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz. setembro, 19-22. 2000.
140. MELO, HP. “A invisibilidade do trabalho feminino”. In: Choinacki, L *Aposentadoria: direito da dona-de-casa*. Brasília: Centro de Documentação e Informação Coordenação de Publicação da Câmara dos Deputados. 2002.
141. DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS. *Boletim do Dieese*. Edição Especial 8 de março –Dia Internacional da Mulher. Março, 1999.

142. AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DOS DIREITOS DA INFÂNCIA. Raio-X do Trabalho Infantil Doméstico <http://www.andi.org.br/tid/conteudo/apr/index.asp?pag=> . Acesso em: 13/05/05.
143. MAUSS, M. “Ensaio sobre a Dádiva”. In: *Antropologia e sociologia*. São Paulo: Cosac & Naify, 2003.
144. DA MATTA, R. *O que é o Brasil?* Rio de Janeiro: Rocco Editora, 2004. p. 20.
145. SANTANA, VS; AMORIM, AM; OLIVEIRA, R.; XAVIER, S; IRIART, J & BELITARDO, L. Emprego em serviços domésticos e acidentes de trabalho não fatais. *Revista de Saúde Pública* 37(1), 2003. pp. 65-74.
146. BARBOSA, MIS. É mulher, mas é negra: perfil da mortalidade do quarto de despejo. *Jornal da Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos*. 23, março, 2001. pp. 1-4.
147. ABRAMO, P. “Pesquisa em ciências sociais”. In: HIRANO, S. (Org.) *Pesquisa social: projeto e planejamento*. São Paulo: Editora Tao, 1979.
148. MINAYO, MCS. *Desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro, HUCITEC/ABRASCO, 1996.
149. MINAYO, MCS. “Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social”. In: MINAYO, MCS. (Org.) *Pesquisa social. Teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 1994. pp. 9-21.
150. SELLTIZ; JAHODA; DEUSCH & COOK. *Métodos de pesquisa nas relações sociais*. São Paulo: Editora Pedagógica Universitária, 1960. p.184.
151. SELLTIZ; JAHODA; DEUSCH & COOK. *Op. cit.* p. 304.
152. DESLANDES, SF. “A construção de um projeto de pesquisa” In: MINAYO, MCS (Org.). *Op. cit.*, 1994. pp. 31-50.
153. DEMO, P. Projeto Integrado de Pesquisa – CNPq: Pobreza Política e Direitos, *Instrumento de pesquisa*. 2001 – 2002.
154. MURARO, RM *et cols.* *Sexualidade da mulher brasileira. Corpo e classe social no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1983.

155. COSTA, AM & SILVER, L D. Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher: *Quo Vadis?*. In: VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2003, Brasília: *Anais do VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*, 2003.
156. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE INSTITUTOS DE PESQUISA DE MERCADO (ABIPEME). Anexo 3- Classificação socioeconômica - critério Abipeme. Em: http://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&client=firefox-a&rls=Org.mozilla%3Apt-BR%3Aofficial_s&q=ABIPEME&btnG=Pesquisar&meta=cr%3DcountryBR. Acesso em: 28/10/2006.
157. PORTO, D. Paixão: um recorte antropológico. Dissertação de graduação. Bacharelado em Ciências Sociais, *Departamento de Antropologia*, Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Brasília, 1998. (mimeo) p. 7.
158. ARRETO, FFP. **Uma** análise de “conjuntura urbana” de Brasília em 2004 Em: <http://www.vitruvius.com.br/minhacidade/mc086/mc086.asp> . Acesso em: 22/07/2006.
159. GOULART, G. Samu no alvo das armas. *Correio Brasiliense*, Caderno Cidades, sábado 5/08/2006. p. 26.
160. DA MATTA, R. “A família como valor: considerações não-familiares sobre a família à brasileira”. In: ALMEIDA, AM. *et al.* (Orgs.) *Pensando a família no Brasil*. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo/UFRRJ, 1987. p. 115-36.
161. DA MATTA, R. *A casa e a rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1985.
162. MACHADO, LZ. Family and individualism: contemporary tendencies in Brazil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 4(8), 2001. p. 15.
163. PORTO, D. *Op. cit*, 1998. pp. 34-8.
164. FONSECA, C. “Ser mulher, mãe e pobre”. In: DEL PRIORE (Org.) *Op. cit*, 2002. pp. .510-53.
165. ABREU, M. “Meninas perdidas”. In: DEL PRIOE, M. (Org.) *História das crianças no Brasil*. São Paulo: Editora Contexto, 2006. pp. 289-315.

166. CORREA, M. Repensando a família patriarcal brasileira. In: CORREA, M. (Org.) *Colcha de retalhos*. São Paulo: Brasiliense, 1982. p. 13-31.
167. MURARO, RM. *Os seis meses em que fui homem*. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos, 1990. p. 89.
168. RODRIGUES, JC. *Op. cit.*, 2006. p. 66.
169. FREITAS, MCS. *Agonia da fome*. Salvador/Rio de Janeiro: EDUFBA/ Fiocruz, 2003. p. 39.
170. BRASIL. LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Capítulo V “Do Direito à Profissionalização e à Proteção no Trabalho”. Em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/Leis/L8069.htm>. Acesso em: 31/10/2006.
171. CRUZ NETO, O & MOREIRA, MR. Trabalho infanto-juvenil: motivações, aspectos legais e repercussão social. *Cad. Saúde Pública*. [online]. 1998, vol. 14, no. 2 [citado 2006-10-31], pp. 437-441. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000200029&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102-311X1998000200029. Acesso em: 31/10/2006.
172. FOUCAULT, M. *Op. cit.* 2006. p. 152.
173. GARRAFA, V. *Op. cit.*, 2005. p. 126.
174. LEME, MCS & WAJNMAN, S. “Tendências de coorte nos diferenciais de rendimentos por sexo”. In: HENRIQUES, R. (Org.) *Desigualdade e pobreza no Brasil*. Rio de Janeiro: IPEA, 2000.
175. RODRIGUES, JC. *Op. cit.* 2006. p. 107.
176. MAUSS, M. “As técnicas corporais”. In: MAUSS, M. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: EPU/EDUSP, 1984. p. 211-233.
177. SUÁREZ, M & BANDEIRA, L. “Introdução a violência, gênero e crime no Distrito Federal”. In: SUÁREZ, M & BANDEIRA, L. (Orgs.) *Violência, gênero e crime no Distrito Federal*. Brasília: Editora UnB/ Paralelo 15, 1999. p.13-4.
178. BANDEIRA, L & ALMEIDA, TMC. “Pai e avô: o caso de estupro incestuoso do pastor”. In: SUÁREZ, M & BANDEIRA, L. (Orgs.) *Op. cit.*

179. MACHADO, LZ & MAGALHÃES, MTB. "Violência conjugal; o espelho e as marcas". In: SUÁREZ, M & BANDEIRA, L (Orgs.) *Op. cit.*
180. CORDEIRO, R & DONALÍSIO, MRC. Homicídios masculinos na Região Metropolitana de São Paulo entre 1979 e 1998: uma abordagem pictórica. *Cadernos de Saúde Pública* 17(3), junho 2001.
181. MACHADO, LZ. Family and individualism: contemporary tendencies in Brazil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 4(8), 2001. p.11-26.
182. CORDEIRO, R & DONALÍSIO, MRC. *Op. cit.*
183. ROUGEMONT, D. *A história do amor no ocidente*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2002.
184. PORTO, D. *Op. cit.*, 1998. pp. 51-72.
185. KIPNIS, L. *Contra o amor: uma polêmica*. Rio de Janeiro: Record, 2005.
186. SIMMEL, G. "Sobre a sociologia da família". In: *Filosofia do amor*. São Paulo: Martins Fontes, 1993.
187. FORNA, A. *A mãe de todos os mitos. Como a sociedade modela e reprime as mães*. Rio de Janeiro: Ediouro, 1999.
188. _____. *Op. cit.*, 1999.
189. MAUSS, M. Ensaio sobre a dádiva. In: MAUSS, M. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: EDUSP/EPU, 1974. p. 37-184.
190. DA MATTA, R. "Para uma antropologia da tradição brasileira: (ou a virtude está no meio)". In: *Conta de mentiroso. Sete ensaios de antropologia brasileira*. Rio de Janeiro, Rocco, 1993. pp. 125-49.
191. LEME, MCS & WAJNMAN, S. *Op. cit.*
192. RODRIGUES, JC. *Tabu do corpo. Op. cit.*
193. WEBER, M. *A ética protestante e o espírito do capitalismo*. São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1994.
194. MURARO, RM. *Op. cit.*, 1990.
195. MURARO, RM *et cols. Op. cit.*, 1983. pp. 75;153-4; 244.

196. BOLTANSKI, L. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro, Graal, 1984.
197. CRONFLI, RT. A Importância do sono. <http://www.cerebromente.Org.br/n16/opiniaio/dormir-bem1.html>. Acesso em: 5/08/2006.
198. RODRIGUES, JC. *Op. cit.*, 2006. p. 137.
199. FREITAS, MCS. *Op. cit.* p. 178.
200. DA MATTA, R. *Carnavais, malandros e heróis: para uma sociologia do dilema brasileiro*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979.
201. BRASIL. *Op. cit.*, 2004. p. 67.
202. CHAVES, FM. Vidas negras que se esvaem: Experiências de saúde das funcionárias escolares em situações de trabalho. Tese de Doutorado em Saúde Pública. *Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz*. Área de concentração: Saúde, Trabalho e Ambiente. Rio de Janeiro, 01 de junho de 2004.
203. PAIXÃO, MJP; CARVANO, LMF; OLIVEIRA, JC & ERVATTI, LR. “Diferenciais de esperança de vida e de anos de vida perdidos segundo grupos de raça/cor e sexo no Brasil”. In: LOPES, F. (Org.) *Saúde da população negra no Brasil: contribuição para promoção da equidade*. [Relatório Final – Convênio UNESCO 914BRA3002]. Brasília:Funasa/MS, 2004.
204. BRASIL. *Op. cit.*, 2004. p. 62.
205. VENTURA, M. *Direitos reprodutivos no Brasil*. São Paulo: M. Ventura, 2002. p. 53.
206. PEREIRA, LL. Direitos sexuais e moralidades: dialogando com adolescentes e profissionais de saúde. Dissertação de mestrado em política social. *Departamento de Serviço Social*. Universidade de Brasília, 2005.
207. MARTINS, AL; SOARES, HB; PAIVA, MS; SOARES, VMN “Diferenciais raciais nos perfis, indicadores e coeficientes de mortalidade materna”. In: LOPES, F. (Org.). *Op. cit.*
208. FORTES, PAC. Bioética e saúde pública: tópicos para reflexão da próxima década. *O Mundo da Saúde* 24 (1), 2000. pp. 31-8.
209. PORTO, D. *Op. cit.*, 2005. p. 587.

210. BRASIL. 11ª Conferência Nacional de Saúde. Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização da atenção à saúde com controle social. *RelatórioFinal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
211. BRASIL. 12ª Conferência Nacional de Saúde – Conferência Sérgio Arouca. Saúde: um direito de todos e um dever do Estado. A saúde que temos – O SUS que queremos. *Manual*. Brasília: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, 2003.
212. CARNEIRO, S. “Gênero e raça”. In: BRUSCHINI, C & UNBERHAUM, SG (Orgs.) *Gênero, democracia e sociedade brasileira*. São Paulo: Fundação Carlos Chagas/Editora 34, 2002. pp. 169-93.
213. LANDMAN, W &SCHÜKLENK, U. UNESCO ‘declares’ universals on bioethics and human rights – many unexpected universal truths unearthed by UN body. *Developing World Bioethics*. 5(3), 2005. III-VI.
214. SOTOLONGO, PL. Es una bioética separada de la política menos ideologizada que una bioética politizada? *Revista Brasileira de Bioética* 1(2), 2005. pp.133-44.
215. WOODCOOK, G. *História das idéias e movimentos anarquistas*. Porto Alegre: L &PM POCKET, 2002. p. 74.
216. SCHRAMM, FM. Toda ética é, antes de tudo, uma bioética. *Humanidades* 9, 1994.

(Anexo 1)

A seguir apresentamos uma resumida seleção de medidas propostas nos tratados de Direitos Humanos escolhidos como parâmetros norteadores para este projeto de pesquisa. É importante ressaltar que a tradução das recomendações da *Conferência do Milênio (Cumbre de Milênio)*, foram feitas pela autora mediante solicitação da banca examinadora desta tese.

- *Pacto de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC)*, (ONU;1966);
- *Convenção para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher - CEDAW* (ONU; 1979);
- *Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento* (CAIRO; 1994).
- *Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher* (BEIJING; 1995);
- *Declaração e Programa de Ação da Conferência Mundial sobre Desenvolvimento Social* (COPENHAGEN;1995);
- *Declaração da Conferência do Milênio* (ONU; 2000);
- *Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata* (DURBAN; 2001);
- *Declaração sobre Bioética e Direitos Humanos* (UNESCO, 2005).

Longe de representar a totalidade de cada um desses instrumentos, esse pequeno conjunto de medidas delineia em linhas gerais as diretrizes relativas às questões de gênero, cor (raça/etnia) incorporadas à Bioética de Intervenção. Tais medidas reafirmam os direitos humanos fundamentais, explicitando a necessidade dos governos e da sociedade de intervirem concretamente na garantia da qualidade de vida e qualidade de saúde, particularizando e identificando grupos vulneráveis como as mulheres e a população negra.

Em relação ao aspecto econômico e à eliminação da pobreza:

- Os Estados Partes no presente Pacto reconhecem o direito de todas as pessoas a um nível de vida suficiente para si e para as suas famílias, incluindo alimentação, vestuário e alojamento suficientes, bem como a um melhoramento constante das suas condições de existência. Os Estados Partes tomarão medidas apropriadas destinadas a assegurar a realização deste direito reconhecendo para este efeito a importância essencial de uma cooperação internacional livremente consentida (PIDESC, parte III Art. 11º 1).
- Os Estados-partes adotarão todas as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra a mulher na esfera do emprego a fim de assegurar, em condições de igualdade entre homens e mulheres, os mesmos direitos, em particular: o direito ao trabalho como direito inalienável de todo ser humano (CEDAW, parte III Art. 11º 1 - a).
- A criação de emprego nos setores industriais, agrícolas e de serviços, deve ser facilitada por governos e pelo setor privado através do estabelecimento de um clima mais favorável à expansão do comércio e de investimentos, que tenham como referência a preservação ambiental, do maior investimento no desenvolvimento de recursos humanos e do desenvolvimento de instituições democráticas e da boa governança. Esforços especiais devem ser envidados para criar ocupações produtivas por meio de políticas que promovam indústrias eficientes e, quando necessário, de mão-de-obra intensiva, assim como a transferência de tecnologias modernas (CAIRO, parte III B medida 3.21).
- Analisar, a partir de uma perspectiva de gênero, as políticas e os programas, inclusive os relativos à estabilidade macroeconômica, o ajuste estrutural, os problemas da dívida externa, a tributação, os investimentos, o emprego, os mercados e todos os setores pertinentes da economia, com relação aos seus efeitos na pobreza, na desigualdade, e particularmente na mulher; avaliar as repercussões dessas políticas e programas no bem-estar e nas condições de vida da

família e ajustá-los, conforme convenha, para estimular uma distribuição mais eqüitativa dos bens de produção, patrimônio, oportunidades, rendas e serviços (BEIJING, parte A, medida 58 a).

- Para promover um crescimento econômico sustentado e um desenvolvimento sustentável, de base alargada e simultaneamente proveitoso a nível mundial, assim como o crescimento da produção, o estabelecimento de um sistema comercial internacional não discriminatório e baseado em acordos multilaterais e o crescimento do emprego e dos rendimentos como base para o desenvolvimento social, é necessário: Aplicar políticas macroeconômicas e setoriais sólidas e estáveis que propiciem um crescimento econômico sustentado de base alargada e um desenvolvimento sustentável e eqüitativo, que gerem empregos e tenham como objetivo erradicar a pobreza, reduzir as desigualdades sociais e econômicas e pôr termo à exclusão (COPENHAGEN, parte I A medida 9 b).
- Entre as estratégias para o progresso se contam as seguintes: Exortar aos governos nacionais a que dediquem uma parte maior dos recursos aos serviços sociais básicos nas zonas mais pobres, já que isto tem uma importância crucial para prevenir as enfermidades (MILÊNIO, parte III medida 108 3º).
- Insta os Estados, à luz das relações entre racismo, discriminação racial, xenofobia e intolerância correlata e pobreza, marginalidade e exclusão social de povos e indivíduos nos níveis nacional e internacional, a reforçar suas políticas e medidas destinadas à redução das desigualdades de renda e riqueza e a adotarem medidas, individualmente e através da cooperação internacional, para promoverem e protegerem os direitos econômicos, sociais e culturais sobre bases não-discriminatórias (DURBAN, parte V medida 207).
- A promoção da saúde e do desenvolvimento social da população deve ser o objetivo central dos governos, partilhado por todos os setores da

sociedade (UNESCO, artigo 14 a); Considerando que usufruir o mais alto padrão de saúde atingível é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, convicção política, condição econômica ou social, o progresso da ciência e da tecnologia deve ampliar o acesso a cuidados de saúde de qualidade; à nutrição adequada e água potável; a melhoria nas condições de vida; eliminação da marginalização e da exclusão bem como a redução da pobreza e do analfabetismo (UNESCO, artigo 14 b ii,iii,iv).

No que tange aos direitos civis, políticos e sociais enumeramos:

- Os Estados Partes no presente Pacto comprometem-se a assegurar o direito igual que têm o homem e a mulher ao gozo de todos os direitos econômicos, sociais e culturais enumerados no presente Pacto (PIDESC, parte II Art. 3º).
- Os Estados-partes tomarão, em todas as esferas e, em particular, nas esferas política, social, econômica e cultural, todas as medidas apropriadas, inclusive de caráter legislativo, para assegurar o pleno desenvolvimento e progresso da mulher, com o objetivo de garantir-lhe o exercício e o gozo dos direitos humanos e liberdades fundamentais em igualdade de condições com o homem (CEDAW, parte I Art. 3º).
- Os países devem agir para fortalecer a capacidade das mulheres e tomar iniciativas para eliminar, o mais breve possível, as desigualdades entre homens e mulheres: promovendo a realização do potencial das mulheres por meio da educação, do desenvolvimento de habilidades e do emprego, conferindo a máxima importância à eliminação da pobreza, do analfabetismo e de doenças entre as mulheres (CAIRO, parte IV A medida 4.4 b).
- Medidas que os governos devem adotar: promover estratégias e objetivos nacionais relacionados com a igualdade entre mulheres e homens a fim de eliminar os obstáculos ao exercício dos direitos da

mulher e erradicar todas as formas de discriminação contra a mulher (BEIJING, parte H medida 204 c).

- Os governos devem promover e proteger a totalidade dos direitos humanos e liberdades fundamentais, entre eles o direito ao desenvolvimento, tendo presente a interdependência e o reforço mútuo da relação que existe entre democracia, desenvolvimento e respeito dos direitos humanos e devem fazer com que as instituições públicas respondam melhor às necessidades da população, para o que é necessário: Facilitar a comunicação e promover a confiança total entre os cidadãos e os organismos públicos, implementando procedimentos de recursos não dispendiosos e acessíveis de modo a que qualquer pessoa, especialmente se não tiver acesso aos meios e órgãos de comunicação, possa obter resposta às suas reclamações (COPENHAGEN, parte IV A medida 71d).
- Entre as estratégias para o progresso se contam as seguintes: Integrar os Direitos humanos em todas as atividades econômicas, sociais e culturais de cada membro da sociedade (MILÊNIO, parte IV medida 204 1º).
- Insta os Estados a estabelecerem e fortalecerem parcerias efetivas e apoio a todos os atores pertinentes da sociedade civil, incluindo as organizações não-governamentais que trabalham na promoção da igualdade de gênero e para o avanço das mulheres, particularmente mulheres sujeitas a múltiplas discriminações, para fortalecer as formas de colaboração já existentes e, quando procedente, o apoio necessário com fim de promover uma abordagem holística e integrada para a eliminação de todas as formas de discriminação contra mulheres e meninas (DURBAN, parte V medida 212).
- A dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser respeitados em sua totalidade (UNESCO, artigo 3 a); Os interesses e o bem-estar do indivíduo devem ter prioridade sobre o

interesse exclusivo da ciência ou da sociedade (UNESCO, artigo 3 b); Promover o respeito pela dignidade humana e proteger os direitos humanos, assegurando o respeito pela vida dos seres humanos e pelas liberdades fundamentais, de forma consistente com a legislação internacional de direitos humanos (UNESCO, artigo 2 inciso iii).

Ao que concerne às desigualdades nos papéis de gênero e à discriminação racial:

- Os Estados-partes no presente pacto comprometem-se a assegurar que os direitos nele enunciados serão exercidos sem discriminação alguma por motivo de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, situação econômica, nascimento ou qualquer outra situação (PIDESC, parte II Art. 2º).
- Os Estados-partes condenam a discriminação contra a mulher em todas as suas formas, concordam em seguir, por todos os meios apropriados e sem dilações, uma política destinada a eliminar a discriminação contra a mulher, e com tal objetivo se comprometem a: consagrar, se ainda não o tiverem feito, em suas Constituições nacionais ou em outra legislação apropriada, o princípio da igualdade do homem e da mulher e assegurar por lei outros meios apropriados à realização prática desse princípio (CEDAW, parte I Art. 2º 1).
- Governos, organizações intergovernamentais, organizações não-governamentais interessadas, órgãos de financiamento e organizações de pesquisa são instados a dar prioridade à pesquisa acerca das articulações entre os papéis e condições das mulheres e os processos demográficos e de desenvolvimento. Entre as áreas vitais de pesquisa está a mudança das estruturas familiares; o bem-estar da família; as interações entre diversos papéis das mulheres e dos homens, incluindo-se o uso do tempo, o acesso ao poder e à tomada de decisão e ao controle sobre recursos; normas, leis, valores e crenças correlatas e os

resultados econômicos e demográficos da desigualdade entre os gêneros. As mulheres devem ser envolvidas em todas as etapas do planejamento para equilibrar as relações entre os gêneros, e esforços devem ser envidados para recrutar e treinar mais pesquisadoras do sexo feminino (CAIRO, parte XII A medida 12.24).

- Adotar todas as medidas necessárias, especialmente na área da educação para modificar os hábitos de conduta sociais e culturais da mulher e do homem, e eliminar os preconceitos e as práticas consuetudinárias e de outro tipo baseadas na idéia da inferioridade ou da superioridade de qualquer dos sexos e em funções estereotipadas atribuídas ao homem e à mulher (BEIJING, parte D medida 124 k).
- Os governos devem concentrar-se mais nos esforços públicos para erradicação da pobreza absoluta e reduzir em larga medida a pobreza geral, o que implica: Eliminar as injustiças e os obstáculos que afetam a mulher e fomentar e reforçar a sua participação na adoção e execução de decisões e o seu acesso aos recursos produtivos e à propriedade da terra, bem como o seu direito de herdar bens (COPENHAGEN, parte II A medida 26 g).
- Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia da mulher como meios eficazes de combater a pobreza, a fome e as enfermidades e de estimular um desenvolvimento verdadeiramente sustentável (MILÊNIO, parte III medida 20 1º).
- Insta os Estados e incentiva todos os setores da sociedade a empoderarem mulheres e meninas que são vítimas de racismo, discriminação racial, xenofobia e intolerância correlata, para que elas possam exercer plenamente seus direitos em todas as esferas da vida pública e privada e a assegurarem a participação plena, efetiva e em igualdade de condições de mulheres em todos os níveis de tomada de decisão, em particular na formulação, implementação e avaliação de

políticas públicas e de medidas que afetem suas vidas (DURBAN, parte II medida 53).

- Conceder atenção à posição das mulheres é uma forma importante de avaliar as realidades sociais e alcançar a eqüidade (UNESCO, Preâmbulo); Nenhum indivíduo ou grupo deve ser discriminado ou estigmatizado por qualquer razão, o que constituiria violação da dignidade humana, dos direitos humanos e das liberdades fundamentais (UNESCO, artigo 11).

No que diz respeito ao acesso ao direito à educação:

- Os Estados Partes no presente Pacto reconhecem o direito de toda a pessoa à educação. Concordam que a educação deve visar ao pleno desenvolvimento da personalidade humana e do sentido da sua dignidade e reforçar o respeito pelos direitos do homem e das liberdades fundamentais. Concordam também que a educação deve habilitar toda a pessoa a desempenhar um papel útil numa sociedade livre, promover compreensão, tolerância e amizade entre todas as nações e grupos, raciais, étnicos e religiosos, e favorecer as atividades das Nações Unidas para a conservação da paz (PIDESC, parte III Art. 13º 1).
- Os Estados-partes adotarão todas as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra a mulher, a fim de assegurar-lhe a igualdade de direitos com o homem na esfera da educação e em particular para assegurar, em condições de igualdade entre homens e mulheres: acesso aos mesmos currículos e mesmos exames, pessoal docente do mesmo nível profissional, instalações e material escolar da mesma qualidade (CEDAW, parte III Art .10º b).
- A erradicação do analfabetismo é um dos pré-requisitos do desenvolvimento humano. Todos os países devem consolidar o progresso realizado na década 1990 no acesso universal à educação primária, conforme acordado na ocasião da Conferência Mundial sobre

Educação para Todos, realizada em Jomtien, na Tailândia, em 1990. Todos os países devem, além disso, envidar esforços para assegurar, o mais cedo possível, o acesso completo, à escola primária ou a um nível equivalente de educação, tanto de rapazes como de moças e, de qualquer maneira, antes do ano 2015. Atenção deve ser dada também à qualidade e ao tipo de educação, inclusive o reconhecimento de valores tradicionais. Os países que atingiram a meta de educação primária universal são instados a estender a educação e o treinamento aos níveis secundário e superior e a facilitar seu acesso e conclusão (CAIRO, parte XI A medida 11.6).

- Desenvolver e proporcionar programas educacionais mediante campanhas inovadoras nos meios de informação e programas de ensino em nível escolar e comunitário para aumentar a conscientização sobre a igualdade de gênero e a exclusão dos estereótipos baseados no gênero no que tange aos papéis que desempenham mulheres e homens no seio da família; proporcionar serviços e facilidade de apoio, como creches no local de trabalho e horários de trabalho flexíveis (BEIJING, parte F medida 180 c).
- Melhorar o acesso das pessoas que vivem em pobreza e dos grupos vulneráveis aos serviços sociais. Para o que é necessário: Facilitar o acesso das pessoas que vivem em pobreza ao ensino de qualidade criando escolas nas zonas desprotegidas e prestando serviços sociais, como sejam os de alimentação e cuidados sanitários e incentivos econômicos para que as famílias pobres mantenham os filhos na escola, melhorando a qualidade das escolas nas comunidades de baixos rendimentos (COPENHAGEN, parte II C medida 37 a).
- Instar os governos nacionais, a aceitar que a educação das meninas é uma estratégia para alcançar a universalização do ensino primário, bem como um fim em si mesmo (MILÊNIO, parte III medida 98 1^o).

- Insta os Estados a intensificarem seus esforços no campo da educação, incluindo a educação em direitos humanos, a fim de promoverem o entendimento e a conscientização das causas, conseqüências e males do racismo, discriminação racial, xenofobia e intolerância correlata e, também, recomenda aos Estados e incentiva as autoridades educacionais e o setor privado a desenvolverem materiais didáticos, em consulta com autoridades educacionais e o setor público, incluindo, livros didáticos e dicionários, visando ao combate daqueles fenômenos; neste contexto, exorta os Estados a darem a importância necessária à revisão e à correção dos livros-texto e dos currículos para a eliminação de quaisquer elementos que venham a promover racismo, discriminação racial, xenofobia e intolerância correlata ou a reforçar estereótipos negativos, e para incluírem material que refute tais estereótipos (DURBAN, parte III A 3 medida 127).
- Considerando que usufruir o mais alto padrão de saúde atingível é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, convicção política, condição econômica ou social, o progresso da ciência e da tecnologia deve ampliar a redução da pobreza e do analfabetismo (UNESCO, artigo 14 b v); De modo a promover os princípios estabelecidos na presente Declaração e alcançar uma melhor compreensão das implicações éticas dos avanços científicos e tecnológicos, em especial para os jovens, os Estados devem envidar esforços para promover a formação e educação em bioética em todos os níveis, bem como estimular programas de disseminação da informação e conhecimento sobre bioética (UNESCO, artigo 23 a).

E, por fim, as medidas relativas ao direito à preservação, manutenção e acesso à saúde:

- Os Estados Partes no presente Pacto reconhecem o direito de todas as pessoas de gozar do melhor estado de saúde física e mental possível de atingir (PIDESC, parte III Art. 12º).
- Sem prejuízo do disposto no parágrafo 1º, os Estados-partes garantirão à mulher assistência apropriada em relação à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto, proporcionando assistência gratuita quando assim for necessário, e lhe assegurarão uma nutrição adequada durante a gravidez e a lactância (CEDAW, parte III Art. 12º 2).
- O planejamento da saúde da família e outras intervenções de desenvolvimento devem levar em melhor conta as demandas sobre o tempo das mulheres, decorrentes da responsabilidade da criação dos filhos, do trabalho doméstico e de atividades de geração de renda. As responsabilidades do homem devem ser enfatizadas com relação à criação dos filhos e ao serviço doméstico. Maiores investimentos devem ser feitos em medidas adequadas para reduzir o peso diário das responsabilidades domésticas, cujo ônus recai na sua quase totalidade sobre as mulheres. Maior atenção deve ser dada às maneiras em que a degradação ambiental e mudanças no uso da terra afetam adversamente a alocação do tempo das mulheres. O ambiente doméstico de trabalho das mulheres não deve prejudicar sua saúde (CAIRO, parte IV A medida 4.11).
- Conceber e executar, em colaboração com mulheres e organizações comunitárias, programas de saúde orientados pelo gênero, que contemplem serviços descentralizados de saúde, procurem atender às necessidades das mulheres durante toda sua vida e levem em conta os múltiplos papéis por elas desempenhados e suas responsabilidades, as exigências sobre o seu tempo, as necessidades especiais das mulheres das áreas rurais e mulheres com deficiências, e as diversas necessidades da mulher determinadas pela idade e diferenças socioeconômicas e culturais, entre outras coisas; incluir as mulheres,

especialmente a mulher indígena e a mulher das comunidades locais, na determinação das prioridades e na preparação de programas de atendimento à saúde; eliminar todos os obstáculos que impedem o acesso da mulher aos serviços de saúde e fornece toda uma série de serviços de assistência sanitária (BEIJING, parte C 1 medida 106 c).

- Para que o crescimento econômico e a interação das forças do mercado melhorar conduzam ao desenvolvimento social, é necessário: Assegurar um investimento público e privado substancial na formação de recursos e no aumento da capacidade nos sectores da saúde e da educação, assim como na atribuição de responsabilidades e na participação, especialmente para os sectores pobres ou socialmente excluídos (COPENHAGEN, parte I A medida 12 g).
- Entre as estratégias para o progresso se contam as seguintes: Instar a que se façam maiores esforços nas esferas da mortalidade e da mortalidade materna, a prevenção do HIV/Aids e a inclusão de questões de gênero na educação (MILÊNIO, parte III medida 125 1ª).
- Insta os Estados a estabelecerem programas para a promoção de acesso, sem discriminação, de grupos ou indivíduos que são vítimas de racismo, discriminação racial, xenofobia e intolerância correlata, aos serviços de saúde e a promoverem esforços para eliminarem as disparidades, inter alia, nas taxas de mortalidade materno infantil, nas vacinações de crianças, HIV/Aids, doenças cardíacas, câncer e doenças (DURBAN, parte III A 2 medida 101).
- A promoção da saúde e do desenvolvimento social para sua população é o objetivo central dos governos, partilhado por todos os setores da sociedade (UNESCO, artigo 14 a); Considerando que usufruir o mais alto padrão de saúde atingível é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, convicção política, condição econômica ou social, o progresso da ciência e da tecnologia deve ampliar: o acesso a cuidados de saúde de qualidade e a medicamentos

essenciais especialmente aqueles para a saúde da mulheres e crianças, uma vez que a saúde é essencial à vida em si e deve ser considerada como um bem social e humano (UNESCO, artigo 14 b i).

(Anexo 2)

Roteiro de entrevista

Nome:
Idade:
Procedência (rural/ urbana):
Cor:
Escolaridade:
Número de filhos:
Estado civil:
Quantos casamentos:

Moradia (própria/ alugada/ cedida)
Quantas pessoas moram?
A casa responde às necessidades dos moradores?
Quem mantém a casa?

Por que mora nesse local?
Gosta de onde mora? Por que?
Considera o local seguro:
Considera o local saudável (clima, poluição, barulho, violência urbana, atrativos):
Tem problemas de transporte: Principais dificuldades:

Trabalha?
Qual atividade?
Recebe algum auxílio monetário fixo (governo, assistência de igrejas, ex-companheiro, família, amigos):
Quanto se preocupa com dinheiro?
Seu dinheiro dá para o mês todo?
Tem dinheiro para suprir suas próprias necessidades e as da família?
Se provem de família chefiada por mulher?
Já esteve em melhor situação financeira?

Como é organizado seu tempo?
Que horas acorda?
O que faz durante o dia (descrever as horas):
Quem cuida da casa?
Recebe ajuda para cuidar da casa? De quem? Com que frequência?
Para que tipos de atividades? Sente que recebe o apoio do qual precisa?
Tem dificuldade em exercer as atividades diárias?
Quais sensações experimenta no dia-a-dia?(positivas e negativas)
Em relação ao que ou a quem?
Com que frequência?
Quais emoções experimenta no dia-a-dia? (positivas e negativas)
Em relação ao que ou a quem?
Com que frequência?

Como suas sensações e emoções interferem no dia-a-dia?

Se sente cansada? Quando? Com que frequência?

Com o cansaço interfere no dia-a-dia?

Quando está cansada como se sente fisicamente?

Quando está cansada quais emoções sente?

O que acha de seu corpo?

Gosta de seu corpo?

O que acha de sua aparência?

Quanto considera a aparência importante?

Quanto considera que influencia em outros aspectos da vida? (trabalho, relação afetiva, amizade, segurança)?

Acha que os outros gostam de você? Por que?

Sente-se inibida por alguma coisa?

O que a faz sentir-se bem?

Está satisfeita com a própria vida?

Está satisfeita com: consigo mesma? Com suas relações pessoais (Família?

Parceiro? Amigos? Colegas?)

O que acha do seu trabalho?

O que come? O que gosta de comer?

Como dorme? Quantas horas mais ou menos?

Sonha? Tem pesadelos?

Como acorda? Gostaria de ficar dormindo mais?

Tem alguma doença?

Toma regularmente algum remédio? Para que?

É preocupada? Por quais razões?

Tem dificuldade de se concentrar?

Se sente sozinha?

Sente tristeza?

Sente depressão?

Como se diverte?

Como se cuida?

Como define sua vida sexual?

Como é sua relação com o parceiro?

Gosta dele? Por que?

Caso já tenha sido casada mais de uma vez explicar porque os casamentos anteriores acabaram?

Freqüenta a igreja? Como se sente em relação a isso?

Como se sente em relação ao futuro?

Já se sentiu mal tratada por ser mulher? Contar

Já se sentiu mal tratada por ser negra? Contar

Já se sentiu mal tratada por ser pobre? Contar

Como avaliar a sua vida comparada à dos homens?

Como avaliar a sua vida comparada à das brancas?

Como avaliar sua vida comparada à das pessoas ricas?

Como sente essa desigualdade? Que sentimentos ela desperta?
Em que medida elas afetam (direta ou indiretamente) seu cotidiano?
Freqüenta os serviços de saúde? Para que?
Com que freqüência?
Em qual serviço vai com mais freqüência (postos, centro de saúde, hospital)? Por que?
Consegue consultar quando precisa? É fácil?É difícil?
Enfrenta filas?
Como é tratada no serviço de saúde?
O que acha dos profissionais de saúde que lhe atendem?
Quanto tempo permanece nas consultas?
Entende o que os profissionais dizem?
Sai das consultas satisfeita?
Já fez pré-natal?
Seu(s) parto(s) foi pela rede pública?
Como foi tratada? Como se sentiu?