

Antropologia da Saúde: Ensaaios em políticas da vida e cidadania

Organizadoras:

Ednalva Maciel Neves

Marcia Reis Longhi

Mónica Franch

ABA PUBLICAÇÕES

Este livro representa a consolidação da área da antropologia da saúde no Brasil. Uma área que surgiu discretamente no início dos anos 1990, através da iniciativa de poucos pesquisadores vinculados às ciências sociais e à saúde coletiva, e que foi ganhando corpo em seminários e grupos de trabalhos organizados em encontros científicos no âmbito da saúde coletiva, ANPOCS e ABA, mas também a partir da formação de novos pesquisadores em diferentes programas de pós-graduação. Trata-se de uma área aberta ao diálogo, que incorpora não apenas as temáticas do campo da saúde, mas atrai também pesquisadores com diferentes formações de base (psicologia, medicina, enfermagem, direito, entre outras). Diversidade que exige o constante exercício antropológico de se colocar no lugar do outro, respeitar as diferenças e criar formas de entendimento.

A consolidação da área da antropologia da saúde é atestada não apenas pelo amplo leque dos temas que os capítulos do livro contemplam, como os leitores podem constatar a partir do sumário, mas também pela representatividade das diferentes instituições de ensino e pesquisa de seus autores. A diversidade das temáticas estudadas demonstra o potencial desta área de investigação para a compreensão das relações sociais que se estabelecem nas sociedades contemporâneas. E, como alguns dos capítulos do livro destacam, a reflexão sobre o adoecimento e todo o seu contexto apresentam ainda importantes desafios teóricos, metodológicos e éticos para o fazer pesquisa social sob o referencial das ciências sociais.

A participação, tanto no evento quanto no livro, de pesquisadores localizados em diferentes estados do território nacional

sinaliza a capilarização da área. E é com muito orgulho que vejo que aqueles pesquisadores e pesquisadoras formados pelos grupos de pesquisa pioneiros na área, hoje estão formando novos pesquisadores e liderando grupos de pesquisa. Assim, ao contrário da década de 1990, não é mais preciso atravessar o país para encontrar um grupo interessado e competente para pesquisar na área da antropologia da saúde. A pesquisa e a formação na área da antropologia da saúde encontra-se, hoje, como demonstram os capítulos desta obra, presente em várias instituições de ensino e pesquisa em nas diferentes regiões brasileiras.

A realização da 1ª Reunião de Antropologia da Saúde (RAS) em 2015 na Paraíba, que deu origem ao presente livro, é outro elemento que expressa o crescente interesse e maturidade desta área de estudo dentro da antropologia e das ciências sociais. O Grupessc (Grupo de Pesquisas em Saúde, Sociedade e Cultura) da UFPB, em parceria com outros grupos de pesquisa da região, assume uma importante liderança no campo.

A leitura desta obra, além de me possibilitar refletir sobre diferentes questões da atualidade, me deixou emocionada e aliviada. Emocionada, por ver em suas páginas diferentes pesquisadores e pesquisadoras com os quais tive a oportunidade de partilhar algum momento de sua formação, e que agora seguem suas carreiras solo. Aliviada por ter a certeza de que há muitas novas lideranças na área da antropologia da saúde e que nós, pesquisadores que batalhamos tanto para a sua existência, podemos agora passar o bastão.

Daniela R. Knauth
Professora Titular do Departamento de
Medicina Social
Programa de Pós-Graduação em
Antropologia e Programa de Pós-Graduação
em Epidemiologia
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

ANTROPOLOGIA DA SAÚDE:
ENSAIOS EM POLÍTICAS DA VIDA E CIDADANIA

COMISSÃO DE PROJETO EDITORIAL

Coordenador:

Antônio Carlos Motta de Lima (UFPE)

Vice Coordenadora:

Jane Felipe Beltrão (UFPA)

Cornelia Eckert (UFRGS)

Laura Moutinho (USP)

CONSELHO EDITORIAL:

Alicia Norma González de Castells (UFSC)

Andrea L. M. Zhouri (UFMG)

Antônio Augusto Arantes Neto (UNICAMP)

Antônio Hilário Aguilera Urquiza (UFMS)

Camilo Albuquerque de Braz (UFG)

Carlos Alberto Caroso Soares (UFBA)

Carlos Guilherme Octaviano do Valle (UFRN)

Carmen Lúcia Silva Lima (UFPI)

Carmen Sílvia Rial (UFSC)

Cláudia Turra Magni (UFPEL)

Laura Graziela F. de F. Gomes (UFF)

Lea Carvalho Rodrigues (UFCE)

Levi Marques Pereira (UFGD)

Manuela Souza Siqueira Cordeiro (UFRR)

Maria Eunice de Souza Maciel (UFGS)

Maria Filomena Gregori (UNICAMP)

Mônica Lourdes Franch Gutiérrez (UFPB)

Patrícia Maria Melo Sampaio (UFAM)

Patrícia Silva Osorio (UFMT)

Renata de Castro Menezes (UFRJ)

Soraya Fleischer (UnB)

Wilson Trajano Filho (UnB)

**ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE
ANTROPOLOGIA**

DIRETORIA GESTÃO 2017/2018:

Presidente

Lia Zanotta Machado (UnB)

Vice-Presidente

Antonio Carlos Motta de Lima (UFPE)

Secretário

Cristhian Teófilo da Silva (CEPPAC/UnB)

Secretária Adjunta

Eliane Cantarino O'Dwyer (UFF)

Tesoureiro

Carlos Alexandre Barboza Plínio dos Santos
(DAN/UnB)

Tesoureira Adjunta

Rozeli Maria Porto (UFRN)

Diretora

Claudia Turra Magni (UFPEL)

Diretor

Fabio Mura (UFPB)

Diretor

Lorenzo Macagno (UFPR)

Diretora

Regina Facchini (Unicamp)

Ednalva Maciel Neves
Marcia Reis Longhi
Mónica Franch

(Organizadoras)

ANTROPOLOGIA DA SAÚDE: ENSAIOS EM POLÍTICAS DA VIDA E CIDADANIA

1ª. edição

ABA PUBLICAÇÕES

Reserva de Direitos Autorais

Reserva-se aos autores a exclusividade do direito de utilização, publicação ou reprodução desta obra, conforme preceitua o art. 5º, inciso XXVII, da Constituição da República Federativa do Brasil, a Lei Federal nº 4.944, de 06.04.1966, a Lei Federal nº 5.988, de 14.12.1973 (Lei dos Direitos Autorais – LDA), e a Lei Federal nº 9.610, de 19.02.1990.

REVISORA:

Ana Lúcia de Godoy Pinheiro

N518 Antropologia da Saúde: Ensaio em Políticas da Vida e Cidadania /
Organizado por Ednalva Maciel Neves, Marcia Reis Longhi & Mônica
Franch ; Prefácio: Maria Cecília de Souza Minayo. –
1 ed – Brasília: ABA Publicações; João Pessoa: Mídia Gráfica e
Editora, 2018.
291 p. ; Antropologia da Saúde
Bibliografia
ISBN 978-85-7320-130-7

1. Antropologia da Saúde 2. Saúde Coletiva 3. Cidadania 4. HIV/AIDS
I. Neves, Ednalva Maciel II. Longhi, Marcia Reis III. Franch, Mônica

UFPB/BC

CDU 572-056.2

SUMÁRIO

- 7 **PREFÁCIO**
A antropologia contribui para pensar e fazer saúde
Maria Cecília de Souza Minayo
- 15 **INTRODUÇÃO**
Reunindo antropologias da saúde
Mônica Franch, Ednalva Maciel Neves, Marcia Reis Longhi
- 23 **CAPÍTULO 1**
De restos e sofrimentos: sobre fazer etnografias em
serviços de saúde
Octavio Bonet
- 49 **CAPÍTULO 2**
Interfaces entre religiões e saúde no Brasil: notas para um
balanço da produção antropológica
Fátima Tavares, Iacy Pissolato Silvera
- 65 **CAPÍTULO 3**
“Do meu jeito não funciona”: a ajuda mútua entre adictos
Rosa Virgínia Melo
- 85 **CAPÍTULO 4**
Processos de alcoolização e itinerâncias na busca de
cuidados: considerações sobre as itinerâncias de pesquisa
Eduardo Tadeu Brunello
- 117 **CAPÍTULO 5**
“O Bolsa Família tem ajudado muito a gente”: usos das
condicionalidades da saúde no Programa Bolsa Família
Pedro Nascimento, Marcia Alexandrino Lima
- 156 **CAPÍTULO 6**
Aborto e saúde reprodutiva no Nordeste brasileiro:
mulheres, poder e resistência
*Rozeli Porto, Cassia Helena Dantas Sousa, Mayra Balza
Moda*
- 183 **CAPÍTULO 7**
Injunções sobre o HIV/Aids em espaços de saúde: reflexões
metodológicas e notas de pesquisas
Ivia Maksud
- 213 **CAPÍTULO 8**

- Parcerias, riscos e outras histórias: pensando a sorodiscordância para o HIV/Aids no século XXI
Luziana Silva
- 242 **CAPÍTULO 9**
Produzindo embriões, negociando qualidade: uma análise do uso de imagens e escores para o uso de embriões em uma clínica de Reprodução Assistida em Porto Alegre
Débora Allebrandt
- 261 **CAPÍTULO 10**
Pesquisa Clínica e o sistema CEP/Conep: quais as lições que tiramos acerca do debate em torno da regulamentação da ética em pesquisa clínica em seres humanos?
Roberta Reis Grudzinski
- 277 **CAPÍTULO 11**
Biorredes, cidadania genética e estratégias de políticas de saúde para doença falciforme
Ana Cláudia Rodrigues da Silva
- 295 **CAPÍTULO 12**
A incrível fábrica de hormônios, receitas e moralização: notas sobre os esteroides anabolizantes androgênicos
Danielle Ribeiro de Moraes, Ana Paula Alves Ribeiro e Luis David Castiel
- 327 **POSFÁCIO**
Antropologias em um banco de espera: agradecimento, despedida ou um volte logo?
Soraya Fleischer
- 347 **SOBRE OS AUTORES**

PREFÁCIO

A antropologia contribui para pensar e fazer saúde

Maria Cecília de Souza Minayo

Fiquei muito feliz ao ser convidada para prefaciar este livro, e por vários motivos, que vou contar aqui. O primeiro deles é o fato de me deparar com o resultado de um importante encontro de Antropologia da Saúde, exatamente 20 anos após a iniciativa, liderada por Paulo Cesar Alves e Miriam Cristina Rabelo, de organizar o primeiro congresso brasileiro de Antropologia da Saúde, em Salvador, na Bahia. Nessa ocasião, estávamos quase todos começando a “pensar saúde”. Paulo Cesar e Miriam recentemente haviam chegado de seu doutoramento na Inglaterra e, além de seus tutores, faziam uma prolífica articulação com antropólogos canadenses como Gilles Bibeau e Ellen Corin, dentre outros. O evento foi inaugural, no entanto, por motivos de disputa de poder na Universidade (as quais não me cabe aqui revelar), e, particularmente, por uma linha de conduta da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), esse foi o primeiro e único. Sobre a posição da Abrasco é preciso esclarecer que três áreas conformam o campo da saúde coletiva: epidemiologia, ciências sociais e administração (gestão e planejamento). Por questões organizacionais, a Associação optou por não subdividir nenhuma das áreas que a compõem, dando prioridade a uma lógica interdisciplinar em seus eventos e publicações. Por exemplo, há congressos periódicos de Ciências Sociais, mas nunca de sociologia, antropologia ou economia da saúde. Portanto, ver renascer a iniciativa que redundou na elaboração deste livro, a partir dos profissionais ou mesmo como um ramo da ABA, renova a alegria em meu coração.

Outro ponto que me entusiasmou muito na leitura dos textos é a variedade e a complexidade dos temas tratados, trazendo para o campo da Saúde Coletiva um olhar comprometido, crítico e compreensivo. Ao mesmo tempo, observei como vai se delineando uma maturidade na compreensão dos antropólogos que, por necessidade de ofício, passaram a transitar por temas biomédicos, entretecendo uma narrativa que não perde o fio, não o desencapa nem provoca um curto circuito no entendimento. Falo sobre isso porque tal descolamento acontece e costuma ser uma queixa do pessoal da saúde: em especial, a dificuldade de diálogo pelo hermetismo da linguagem antropológica. É tão estimulante ver que os objetos de estudo transitam pelos mais diversos assuntos, todos relevantes, indo dos mais tradicionalmente tratados como a relação entre religião, fé e saúde; alcoolismo; ajuda mútua; efeitos de determinadas políticas públicas; aborto, HIV/Aids e outros; chegando aos mais candentes e novos nos quais a saúde coletiva encontra o

desenvolvimento da genética, da biotecnologia, das biorredes e da biocidadania. Numa conferência recente, eu chamava atenção para o fato de que tudo o que compõe o campo da saúde é importante que passe pela visão ao mesmo tempo microscópica (iluminando pontos obscuros ou naturalizados) e abrangente, compreensiva e crítica das ciências sociais. Estávamos devendo uma reflexão sobre o avanço das ciências biológicas, biomédicas e biotecnológicas sob o olhar da antropologia.

Mas afinal, o que é prefaciá-lo? Dizem os especialistas que é introduzir o texto e motivar os leitores a saboreá-lo. Como as organizadoras da obra, Ednalva Neves, Marcia Longhi, Mónica Franch tão bem cumpriram este papel na *Apresentação* dos trabalhos, farei um esforço em levantar algumas indagações que os diferentes capítulos, em comum, me suscitaram, tentando contribuir com uma visão extra sobre os achados e as interpretações. Com esse intuito, aprofundarei um pouco mais o tema das relações entre conhecimentos e práticas e entre profissionais e pacientes. Muitos outros deixarei de fora para não me alongar demais: a relação entre fé e cura, assunto clássico de antropólogos como Lévi-Strauss e Marcel Mauss; a imprescindível contribuição da mulher para a construção da saúde, outro tema recorrente da literatura; e a formação de redes de cidadania cada vez mais atravessando problemas de adoecimento e articulando pessoas, grupos e coletivos nacionais e internacionais.

Para esclarecimento dos leitores, preciso dizer que sou uma socióloga/antropóloga um pouco enviesada. Abracei inteiramente o campo da saúde coletiva desde minha entrada na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a ponto de ter sido presidente da Abrasco e, hoje, ser Editora-chefe da mais importante revista da Associação. Devo assumir que estou absolutamente contaminada por sua lógica e por suas propostas. Não me sinto só. No conjunto dos textos que compõem este trabalho, encontro colegas que também fizeram esse movimento. E me vejo contemplada por Norbert Elias que via com bons olhos a formação eclética em favor do trabalho sociológico, como no caso de Max Weber que era jurista por formação e cientista por escolha. E posso dizê-lo de Alfred Schütz, que também conjugava as mesmas duas profissões e contribuiu com uma obra inestimável tanto para a sociologia como para a antropologia.

Essa conjunção entre áreas, que me é tão significativa, explicita-se no livro que o leitor tem em mãos, que trata justamente do encontro entre saúde coletiva e antropologia..

O aporte da antropologia para a ciência e a humanidade contém alguns aspectos de cunho universal como a concepção de uma única racionalidade humana, as especificidades históricas das sociedades e a dialética entre objetividade e subjetividade. Outros são peculiares a sua relação com a área da saúde: os significados dos mecanismos terapêuticos, a

relativização da lógica biomédica e tecnocrática, o sentido da saúde e da doença na configuração da realidade social.

Já a saúde pública/coletiva é uma ciência da prática que gera teoria e vice versa. Sua fama não é tão boa quanto a da antropologia, ainda que essa última também, desde seus primórdios, tenha sido acusada de colonialista. Anos atrás, ouvi numa palestra do saudoso escritor e médico sanitariano Moacir Scliar a seguinte frase: “a saúde pública é autoritária. Ela atua com parâmetros de ação comprovados cientificamente, por isso é prescritiva”. Uma das autoras deste livro também lembra que sua práxis por vezes a aproxima da histórica polícia sanitária. Com todas as aspas possíveis, a frase de Scliar reflete a mais pura verdade. Pois uma ação coletiva com propósitos reconhecidamente preventivistas, embora utilize métodos participativos e tente ouvir todas “as razões”, tem que chegar a um ponto desejado de aplicação: das vacinas, das profilaxias e das recomendações padronizadas, ainda que não haja consenso sobre essas várias questões no seio das populações. Vejamos, como exemplo, o atual pânico popular dizente do surto de febre amarela. Observemos o trabalho insano dos profissionais, realizado dia e noite, para aplicar a vacina, explicar e organizar a lógica do trabalho e dar atendimento personalizado. Ali estão seres humanos se desdobrando, muitas vezes, sem comer, sem beber, sacrificando sua família para salvar vidas. E os *deficit* relacionais nesse momento não deveriam ser relativizados? Em resumo, o *ethos* da saúde coletiva, com sua crença fundamentada em estudos e resultados anteriormente confirmados, a leva a agir mediante um plano de ação preventivo ou de promoção que se configura como o juramento de Hipócrates: obriga!

Cito apenas mais um exemplo dessa prática que se fundamenta em argumentos teóricos. Na década de 1980, para cada mil crianças nascidas no Estado do Ceará, 111,5 morriam antes de um ano de idade. Em 2013, essa taxa caiu para 16,6%, uma redução de 94,9% em 23 anos – queda mais notável quando comparada com todas as unidades da federação. Esse indicador era 69,1% para o país, em 1980, e hoje é 13%. As rápidas transformações se devem, dentre outros fatores, à melhoria das condições econômicas e sociais, mas, sobretudo, à universalização da saúde como direito de todos e dever do Estado, tal como promulgado pela Constituição Federal de 1988. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua universalização – apesar das dificuldades organizacionais, de gestão e de recursos humanos que enfrenta – tem sido fundamental para melhoria de uma série de indicadores de saúde.

Menciono o Estado do Ceará porque ele tinha os piores indicadores do país e foi pioneiro em algumas experiências relacionadas à universalização da Atenção Básica. Hoje, colhe os frutos de suas iniciativas. Destaca-se a originalidade na criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que passou a atender, em suas residências, as pessoas mais pobres e

moradoras de longínquas regiões rurais ou de áreas pobres das cidades, realizando serviços simples, dentre os quais, ensinar às mães a técnica caseira de reidratação oral. Em nome do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), coordenei uma equipe de pesquisadores que realizou a primeira avaliação qualitativa dessa experiência em 1990 (MINAYO et al., 1990), visando a compreender o significado e os resultados de tal intervenção para as populações locais e para os profissionais e agentes de saúde. Essa avaliação, precedida por uma pesquisa epidemiológica sobre a magnitude do impacto do programa sobre a mortalidade infantil, mostrou o que estava dando certo e os limites da atuação. Particularmente, assinalou os entraves ambientais, econômicos e culturais, tais como: os efeitos da seca em boa parte do ano, a falta de água ou a água salobra, os níveis severos de pobreza, acompanhados por modos muito peculiares de ver o mundo, a vida, a morte e o futuro. A avaliação do PACS mostrou sua importância, particularmente na redução da mortalidade infantil, tornando-o referência, primeiro, para o Nordeste brasileiro, depois para todo o país e, segundo a Unicef, para vários contextos internacionais semelhantes.

Estaria eu dizendo que a atitude prescritorista e mandatária da saúde coletiva se justificaria e se bastaria a si mesma, como se o fim justificasse os meios? Não, nunca! Apenas precisamos entender o outro lado, inclusive para colaborar melhor. Nós que militamos cientificamente no campo da antropologia temos um papel fundamental nessa relação transversal de atenção e cuidado com a saúde. Por isso, quero dialogar com o pensamento de Octavio Bonet sobre a ideia de que seria considerado “resto” aquilo com o qual lidamos. Isso pode até acontecer por parte de profissionais de saúde que mantêm herculeamente uma mentalidade tecnicista. Mas, a meu ver, o problema ou o drama particular compreendido como “resto” pode ser o âmago e o cerne da questão, o que facilitaria uma cura, uma melhora, um sucesso no cuidado. Seja no plano mais geral, como mostram os textos sobre as condicionalidades do Bolsa Família ou sobre uso ou recusa dos preservativos pelos casais, ou ainda no caso singular de dona Ana, citada por Bonet: o fato de não poder subir a escada a impede de tomar o remédio para pressão, essencial para seu estado de saúde (uma situação de vida)? Ou essa mulher não quer mais viver (uma situação existencial)? Como saber? Até onde conseguimos chegar? Eu diria que o esforço compreensivo – esse poço sem fim – que traz à tona razões singulares e profundas e torna um tratamento mais ou menos eficaz é o *ethos* do antropólogo que não se desgarra do processo, mas o integra, oferecendo seu diferencial técnico-especializado. Costumo dizer que a introjeção capilarizada do entendimento das pessoas pelos serviços de saúde é parte indissociável da qualidade dos cuidados. Ademais, há questões cruciais de saúde como a situação de bebês nas UTI, ou a comunicação de “notícias difíceis” aos pais de crianças com câncer terminal,

(apenas exemplos) que nenhum remédio pode aliviar. O que importa é o olhar de compaixão, o estar junto, o compartilhamento da dor e o “colocar-se no lugar do outro” (GADAMER, 1999).

É preciso dizer também que cada vez mais profissionais de saúde (como os citados no texto de Ivia Maksud) procuram conhecimentos que os ajudem a entender melhor as pessoas, a lidar com elas e a serem eficazes em suas intervenções. Todos os que orientamos mestres e doutores, e que atuam profissionalmente no sistema de saúde, somos testemunhos desse esforço. E creio que nisso existe um indubitável investimento dos cientistas sociais a ser comemorado. Numa pesquisa que realizei (MINAYO, 2013) sobre a contribuição das ciências sociais para pensar a saúde, analisando 1757 artigos publicados em 20 meses (entre 2012 e 2013) nas seis principais revistas de saúde pública, internacionalmente indexadas (*Revista de Saúde Pública, Cadernos de Saúde Pública, Ciência & Saúde Coletiva, Saúde e Sociedade, Interface, Physis*), 545 deles, correspondendo a 33% do total, incluíam, de alguma forma, reflexões analíticas e críticas ou abordagens metodológicas compreensivas, com base nas ciências sociais. É óbvio que não se pode esperar de profissionais formados com lógica tão distinta que, de repente, se convertam em antropólogos. Creio que nem gostariam dessa transformação. Mas eles se sentem muito mais qualificados quando passam a ter acesso a instrumentos que aumentam sua capacidade de entendimento, tornando sua ação mais adequada às pessoas de que cuidam.

Para ser justa, é preciso dizer que os médicos são os mais resistentes a se abrirem para os processos compreensivos que colocam a centralidade nas pessoas e não nas entidades biológicas (claro, inegavelmente necessárias de serem corretamente diagnosticadas). A tendência deles, baseada numa cultura fortemente tecnicista, é fixarem-se apenas nessas entidades, nos avanços do conhecimento biológico e nas novas tecnologias que se multiplicam a seu dispor. Tal qual o estereotipado Dr. House da série norte-americana do Canal Universal, eles costumam nem olhar as pessoas, nem ouvi-las e tampouco levarem em conta sua lógica pessoal. Frequentemente dispensam os contatos humanos, guiados pelas evidências dos exames e das imagens que fundamentam suas decisões. Se é verdade que nem todos são assim, a maioria o é, como mostram os estudos de Stella Taquette, uma médica que abraçou a pesquisa qualitativa e sua aplicação, ensinando-a a seus alunos de medicina. Em seu pós-doutorado, que tive a honra de supervisionar, Stella e colaboradores constataram, com dados, esse *ethos* médico, ouvindo os argumentos de alguns de seus colegas (TAQUETTE; MINAYO; OLIVEIRA, 2015). Segundo muitos profissionais entrevistados, os estudos antropológicos e qualitativos não são científicos e não merecem credibilidade, por não terem bases estatísticas e não poderem ser replicados: estariam, assim, abaixo de qualquer crítica acadêmica. Stella e Minayo (2016) também realçaram, por

meio de revisão bibliográfica, que têm aumentado o número de publicações de estudos desse teor em revistas médicas e de saúde de elevado impacto internacional como *The Lancet*, *British Medical Journal*, *The American Journal of Public Health*, dentre outros. Esta é uma notícia alvissareira.

Igualmente, seria uma omissão não homenagear outro médico que, como poucos, tem trabalhado para ampliar a compreensão sobre as pessoas que buscam o apoio da medicina, o Dr. Egberto Ribeiro Turato. Nos últimos 20 anos, esse pesquisador e profissional criou um laboratório para reflexão sobre o tema e vem escrevendo e ensinando sobre abordagens qualitativas, particularmente no campo da saúde e da doença mental. Sua obra é vasta e cito apenas duas delas, muito relevantes e já com várias edições: *Tratado de Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa*, publicado em 2013; e, anteriormente, *Psicologia da Saúde: Estudos Clínico-Qualitativos*, de 2003.

Fecho esta reflexão com uma clássica afirmação de Lévi-Strauss (1950) na Introdução à obra de Marcel Mauss. Tanto a saúde como a doença são frutos de uma interação dinâmica entre o físico, o psicológico, o relacional e o moral, conformando uma representação peculiar e forte que retorna dinamicamente para a coesão social. Por isso, pode-se dizer que as enfermidades e a morte não se reduzem a uma evidência orgânica, natural e objetiva, mas sua vivência pelas pessoas e pelos grupos sociais está intimamente relacionada com características organizacionais e culturais de cada sociedade. O mesmo pensamento se pode encontrar em muitos outros autores, ressaltando que a díade saúde/doença remete ao que há de mais profundo e relevante na existência do ser humano: sua vida e sua morte. Por isso, também, saúde e doença não são objetos exclusivos nem dos médicos nem dos profissionais do setor. Eles (assim como os antropólogos que militam na área) têm a missão de ajudar a nós povo, a nós sociedade, a alcançarmos os níveis mais elevados de qualidade de vida acessíveis neste mundo contemporâneo, paradoxalmente tão fundamentado no conhecimento e na tecnologia e tão frágil na sua cidadania social, cultural e de saúde.

Maria Cecília de Souza Minayo
Pesquisadora titular da Fundação Oswaldo Cruz
Pesquisadora IA do CNPq
Editora-chefe da Revista Ciência & Saúde Coletiva

Referências

- GADAMER, H. **Verdade e Método**. Petrópolis: Vozes, 1999.
- LÉVI-STRAUSS, C. Introduction à l'oeuvre de Marcel Mauss. In: **Marcel Mauss: sociologie et anthropologie**. Paris: PUF, 1950. p. I-XXX.
- MINAYO, M. C. S.; D'ELIA, J. C.; SVITONE, E. **Programa agentes de saúde do Ceará**. Estudo de caso. UNICEF, 1990.
- MINAYO, M. C. S. A Produção de Conhecimentos na Interface entre as Ciências Sociais e Humanas e a Saúde Coletiva. **Saúde e Sociedade**, v.22, n. 1, p. 21-31, 2013.
- TAQUETTE, S. R.; MINAYO, M. C. S. Análise de estudos qualitativos conduzidos por médicos publicados em periódicos científicos brasileiros entre 2004 e 2013. **Physis**, v. 26, n. 2, p. 417-434, 2016.
- TAQUETTE, S. R.; MINAYO, M. C. S.; RODRIGUES, A. O. Oliveira. Percepção de pesquisadores médicos sobre metodologias qualitativas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 4, p. 722-732, 2015.
- TURATO, E. R. **Psicologia da saúde: estudos clínico-qualitativos**. Taubaté: Cabral Ed. e Livraria Universitária, 2003.
- _____. **Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humana**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

INTRODUÇÃO

Reunindo Antropologias da Saúde

Mônica Franch
Ednalva Maciel Neves
Marcia Reis Longhi

Esta coletânea reúne um conjunto representativo dos trabalhos apresentados na 1ª Reunião de Antropologia da Saúde - RAS, que ocorreu nos dias 22 e 23 de outubro de 2015, na Universidade Federal da Paraíba – UFPB, em João Pessoa. Com o mote “Políticas da Vida e Cidadania”, o evento aglutinou pesquisadores, profissionais da saúde, ativistas e gestores de diversas regiões do país, durante dois dias de intensa atividade. Foram duas mesas redondas, uma palestra de abertura e sete grupos de trabalho sobre temáticas variadas. As três sessões plenárias promoveram reflexões aprofundadas sobre o papel da antropologia da saúde no Brasil hoje, sobre os sentidos e cuidados da doença, bem como sobre questões de gênero, saúde e sexualidade. As sessões temáticas, por sua vez, abordaram um leque de questões em torno das práticas de saúde, e já se encontram disponíveis para consulta nos anais digitais¹.

A realização da 1ª RAS foi uma iniciativa do Grupo de Pesquisas em Saúde, Sociedade e Cultura – Grupessc, formado por docentes e discentes pesquisadores nas áreas das Ciências Sociais e da Saúde, com sede no Programa de Pós-graduação em Antropologia da UFPB. Fundado no ano de 2007, o Grupessc tem desenvolvido ações de pesquisa, extensão e ensino em torno de uma variedade de questões que incluem: análise de políticas públicas, biomedicina e genética, experiências do adoecimento e cuidado, bioidentidades e biossociabilidades, envelhecimento, gênero, sexualidade e HIV/Aids, entre outros temas. Temos atuado na formação de pesquisadores em nível de graduação, mestrado, doutorado e pós-doutorado, de forma vinculada às graduações em antropologia e em ciências sociais, e aos programas de pós-graduação em antropologia e sociologia, todos na UFPB. Ao longo da última década, realizamos diversas pesquisas, a maioria de caráter etnográfico, e atuamos em parceria com serviços de saúde, movimentos sociais e gestões municipais e estaduais. Em todas essas ações, buscamos desenvolver uma antropologia da saúde capaz de ampliar o diálogo para além dos muros universitários, bem como buscamos fortalecer, em nossa instituição

¹ FRANCH, M. et al. (org.). *Cidadania e Políticas da Vida: Anais da 1ª Reunião de Antropologia da Saúde (RAS)*. Recife: Pipa Comunicação, 2016. Disponível em: <<https://www.pipacomunica.com.br/livrariadapipa/produto/cidadania-e-politicas-da-vida/>>

e nas redes das quais participamos, a reflexão antropológica qualificada a respeito de fenômenos que dizem respeito à saúde. A proposta de realizar na Paraíba a 1ª Reunião de Antropologia da Saúde é resultado direto desse investimento coletivo.

Mais do que criar um novo evento a ser incorporado no calendário acadêmico nacional, o objetivo da 1ª RAS foi instituir um fórum permanente de discussão sobre antropologia da saúde no Brasil, onde pudessem ter acolhida discussões éticas, políticas e acadêmicas que nos dizem respeito. Até então, tais debates vinham ocorrendo de forma dispersa em mesas redondas e grupos de trabalho inseridos em encontros de caráter mais geral, como a Reunião Brasileira de Antropologia (RBA) e o Encontro Anual da Associação Nacional de Pesquisa em Ciências Sociais (Anpocs). Antropólogas e antropólogos, estamos também inseridos na Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), tendo uma presença bastante ativa em algumas áreas. Sem negar a importância dessas articulações, pensamos que um fórum permanente de discussão desde a antropologia é importante por diversos motivos. Ele nos permite refletir e tornar visíveis as diversas formas de fazer antropologia em relação com o campo da saúde, conectar grupos de pesquisa e pesquisadores/as que vêm atuando nesta área, bem como conhecer os temas e questões que atualmente estão sendo estudados. É uma maneira de socializar achados e dilemas que costumamos enfrentar localmente, o que nos ajuda a fazer uma agenda de pesquisa conectada com as complexidades do presente.

Podemos afirmar que essa intenção, ainda tateante na 1ª RAS, consolidou-se na 2ª RAS, que ocorreu nos dias 5 a 7 de novembro de 2017 na Universidade de Brasília (UnB), redundando na criação de uma rede de antropologia e saúde. O livro que ora vem a lume testemunha, portanto, o início da articulação de antropólogos e antropólogas da/na saúde no Brasil e busca, igualmente, ampliar o alcance das ricas discussões que ocorreram em João Pessoa nos dois dias de realização do evento.

Sobre o livro

Para a composição desta coletânea, convidamos todos os apresentadores das sessões plenárias (conferência de abertura e mesas redondas) e selecionamos, igualmente, algumas apresentações dos grupos de trabalho. Com exceção de uma palestrante, que não pôde aderir à proposta, todos os convidados enviaram seus capítulos em tempo hábil. Os textos foram cuidadosamente lidos pelas organizadoras desta coletânea e, em seguida, devolvidos aos autores para eventuais complementações.

Atuando no Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Octavio Bonet foi responsável pela conferência de abertura do evento e é autor do primeiro

capítulo desta coletânea. Em seu texto, intitulado “De restos e sofrimentos: sobre fazer etnografias em serviços de saúde”, Bonet reafirma a importância da pesquisa etnográfica em contextos específicos, mais concretamente em serviços de atenção básica de saúde, indo na contramão das tendências globalizantes que dominam as reflexões atuais sobre saúde e antropologia. É somente a partir da abordagem etnográfica nesses espaços concretos que é possível ter acesso “às dimensões fundamentais dos processos de adoecimentos, as dimensões da vida que abrangem os sofrimentos e os afetos”. Inspirando-se em Tim Ingold, Bonet se prende à ideia de “resto”, em torno da qual articula alguns dos dilemas enfrentados pelos profissionais da estratégia da saúde em seu trato cotidiano com os problemas de saúde das pessoas. Por meio de uma etnografia minuciosa, Bonet nos demonstra como teorias abrangentes podem e devem ser postas em contato com a “vida”, onde se revela tudo aquilo que “vaza” dos discursos organizados.

No segundo capítulo, intitulado “Interfaces entre religiões e saúde no Brasil: notas para um balanço da produção antropológica”, as autoras Fátima Tavares e Iacy Pissolato Silvera, da Universidade Federal da Bahia (UFBA), nos apresentam com um balanço, dialogado e reflexivo, da produção antropológica que transita na interface entre processos terapêuticos e religião. Inspiradas em Latour e Ingold, elas problematizam os caminhos e levantam dilemas e pistas que ajudam a repensar as questões norteadoras dos recortes construídos.

De autoria de Rosa Virgínia Melo (pesquisadora colaboradora do Departamento de Antropologia da Universidade de Brasília – DAN/UnB), o capítulo intitulado “‘Do meu jeito não funciona’: a ajuda mútua entre adictos” discute a influência dos valores religiosos no espaço público no que diz respeito à saúde a partir da análise do modelo de tratamento dos 12 Passos dos Alcoólicos Anônimos.

A temática do alcoolismo nos acompanha no quarto capítulo, “Processos de alcoolização e itinações na busca de cuidados: considerações sobre as itinações de pesquisa”. Nele, o autor Eduardo Tadeu Brunello, doutorando em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), nos contempla com uma discussão profunda e reflexiva sobre caminhos e escolhas entre alcoolistas em duas diferentes perspectivas: entre participantes do AA e entre usuários acompanhados pela equipe do programa Consultório de Rua. Nas palavras de Brunello, o objetivo do texto “foi realizar uma análise em espiral” que permitisse trazer um olhar analítico sobre as diversas formas nas quais as questões do alcoolismo podem se transfigurar, dinâmica e metaforicamente, dependendo dos movimentos e percursos de tentativas resolutivas. Construído de forma dialogada e amparado na etnografia, ajuda-nos a visualizar diferentes perspectivas metodológicas e analíticas.

O quinto capítulo, escrito por Pedro Nascimento e Márcia Alexandrino Lima, ambos da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), tem por base pesquisas etnográficas realizadas principalmente em serviços de atenção primária. Com o título “‘O Bolsa Família tem ajudado muito a gente’: usos das condicionalidades da saúde no Programa Bolsa Família”, os autores buscam nos apresentar a dinâmica que nasce, em contextos específicos, do cruzamento entre os serviços de saúde e as condicionalidades do Programa Bolsa Família. Dialogando com o público alvo do serviço, mas também com gestores e profissionais da saúde, o trabalho nos revela o imbricamento entre diferentes lógicas e também como o Bolsa Família vem incidindo sobre os resultados atingidos pelos serviços de saúde, reforçando lugares de gênero e classe.

No sexto capítulo, intitulado “Aborto e saúde reprodutiva no Nordeste brasileiro: mulheres, poder e resistência”, as autoras – Rozeli Porto, Cassia Helena Dantas Sousa e Mayra Balza Moda, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) – delineiam o perfil de cinquenta mulheres que realizaram aborto inseguro no Rio Grande do Norte, levando em consideração elementos como classe, cor/raça, crenças religiosas, situação conjugal, preceitos morais e emoções. Além de descrever as motivações por trás das difíceis trajetórias abortivas, o texto traz uma inegável contribuição ao questionar os estereótipos negativos em torno das mulheres que abortam. Trata-se de resultado de trabalho de pesquisa em locais hospitalares e não hospitalares no Rio Grande do Norte, desenvolvido sob a coordenação de Rozeli Porto nos anos de 2012 a 2015.

Escrito por Ivia Maksud (Fundação Oswaldo Cruz/Rio de Janeiro), o capítulo “Injunções sobre o HIV/Aids em espaços de saúde: reflexões metodológicas e notas de pesquisas” discute questões acerca da atenção médica ofertada aos “usuários” de serviços de saúde no contexto do HIV/Aids. Trata-se, como a autora defende, de uma “experiência indireta”, baseada em trabalhos de pesquisa realizados por ex-orientandos, no âmbito da saúde coletiva, dos quais Maksud se apropria de forma criativa e, paradoxalmente, autoral. Inspirando-se em Geertz, o capítulo mostra, deste modo, como é possível fazer leituras de segunda e de terceira mão não apenas olhando por sobre os ombros dos nativos, mas também sobre os ombros daqueles que os estudaram.

O HIV/Aids também é o tema central do oitavo capítulo, de autoria de Luziana Silva, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Intitulado “Parcerias, riscos e outras histórias: pensando a sorodiscordância para o HIV/Aids no século XXI”, o texto apresenta os resultados da pesquisa doutoral da autora em torno da sorodiscordância, com foco nas discussões sobre risco e conjugalidade. Ainda traz para o debate as novas tecnologias preventivas, principalmente a profilaxia pré-exposição (PrEP), tecendo reflexões sobre os

possíveis impactos que a sua introdução pode acarretar nas dinâmicas dos casais que vivenciam no cotidiano a gestão de sua diferença sorológica.

“Produzindo embriões, negociando qualidade: uma análise do uso de imagens e escores para o uso de embriões em uma clínica de Reprodução Assistida em Porto Alegre” é um texto provocante, no qual a autora, Débora Allebrandt (Universidade Federal de Alagoas - UFAL), enfatiza as relações entre a imagem de embriões e os processos decisórios envolvendo os especialistas/clínicas em Reprodução Assistida e casais. Para ela, os critérios organizacionais e quantitativos da reprodução celular do embrião estabelecem um índice de viabilidade utilizado como fundamento para a decisão sobre seu destino, seja a implantação, seja o envio para pesquisas. A fragilidade normativa acerca do destino de embriões está presente em todo o processo. Como diz Rose (2003: 351), “[...] no caso de um óvulo, do esperma ou do feto [ou do embrião], tal diagnóstico pode levar a um desvio irreversível da senda da vida potencial para o reino da não vida”.

No capítulo intitulado “Pesquisa Clínica e o sistema CEP/CONEP: quais as lições que tiramos acerca do debate em torno da regulamentação da ética em pesquisa clínica em seres humanos?”, Roberta Reis Grudzinski (doutoranda da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS) nos contempla com uma interessante discussão a respeito dos debates em torno da aprovação e regulamentação de pesquisas clínicas em seres humanos no Brasil. A autora, a partir da escuta de debates que envolviam diferentes atores, reflete sobre os sentidos diversos atribuídos ao termo ‘ética’ e os desdobramentos destas diferentes visões. O que podemos ver é a existência de um jogo de poder e a luta entre os diferentes campos de saber envolvidos nas discussões sobre pesquisa e ética.

No décimo primeiro capítulo, que versa sobre “Biorredes, cidadania genética e estratégias de políticas de saúde para doença falciforme”, a autora Ana Cláudia Rodrigues da Silva (Universidade Federal de Pernambuco - UFPE) traz uma reflexão sobre agenciamentos de humanos e não humanos, a partir da Teoria do Ator-Rede, na compreensão da doença falciforme. Segundo a autora, a “ideia de fluxo e trajetória” marca perspectivas de enfrentamento político da Doença Falciforme seja pela “ciência, na militância, no Estado e entre os acometidos”. O texto revela o emaranhado entre as dimensões política e social, no Brasil, quando se trata do enfrentamento político e do reconhecimento da cidadania daqueles que vivem a transversalidade da classe e da raça/etnia, denunciando as desigualdades sociais e culturais.

Danielle Ribeiro de Moraes (Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz), Ana Paula Alves Ribeiro (Universidade Estadual do Rio de Janeiro - Uerj) e Luis David Castiel (Fiocruz) nos brindam com o texto “A incrível fábrica de hormônios, receitas e moralização: notas sobre os esteroides anabolizantes androgênicos”, que encerra esta coletânea. A partir de uma revisão temática,

os autores problematizam os discursos biomédicos acerca do uso de substâncias e de sua normatização profissional e social. Assim, indicam as diferentes categorias construídas pelas autoridades biomédicas para regulação das formas oficial e não oficial de usos de Esteroides Anabolizantes Androgênicos/EAA. O texto contribui para a compreensão do deslizamento normativo do discurso da fisiologia da biologia humana para a institucionalização (formal e/ou informal) de instrumentos carregados de valor, citados moralizantes, para a regulação deste uso. Os usos “emergentes” e “não médicos”, para citar algumas categorias levantadas pelos autores, divergem desses instrumentos, ao mesmo tempo em que indicam o alcance da medicalização da sociedade. Neste contexto, o texto aponta como as práticas biomédicas, investidas desses discursos, assumem a autoridade para definir as categorias sociais e geracionais aptas, ao legitimar o uso de tais substâncias apesar do “gerencialismo arriscado”.

No posfácio, tivemos a colaboração de Soraya Fleischer (do Departamento de Antropologia da Universidade de Brasília – UnB), que nos brinda com um texto criativo oferecido como manuscrito etnográfico no qual registra as experiências temáticas como experiências do cotidiano nos serviços de saúde. O texto apresenta a sensibilidade do antropólogo para entender os enredos vividos em torno do prefixo *bio* (natureza, corpo, saúde, adoecimentos, biomedicina) e seus desdobramentos em políticas, práticas e produção de conhecimento. Acima de tudo, o texto aponta a contribuição do fazer antropológico na compreensão da saúde enquanto um multiverso complexo enredado por saberes, relações e práticas demarcadas social, histórica e culturalmente. A inclusão do posfácio é também o registro das parcerias que nos “afetam” para compor a polifônica interlocução entre pesquisadores, instituições, movimentos sociais, gestão e serviços de saúde.

Articulados em torno do mote geral “Políticas da vida e cidadania”, os textos contidos nesta coletânea propõem interessantes perspectivas para pensar as questões da saúde na atualidade brasileira, de um ponto de vista antropológico. A reflexão sobre os limites e as possibilidades da etnografia no campo de estudos sobre a saúde é o eixo transversal deste volume. Também são cruciais as discussões sobre cidadania, refletindo o estado de exceção que o Brasil atravessa, e que se anuncia na perda acelerada de direitos, afetando, sobretudo, a saúde e os corpos das mulheres, dos negros e índios, da população LGBTT, dos pobres no campo e na cidade, justamente as populações e grupos junto com os quais mais trabalhamos. Nos tempos que se avizinham, reflexões deste naipe vão ser cada vez mais necessárias.

Para finalizar, gostaríamos de registrar nossos agradecimentos às pessoas e instituições que tornaram possível a realização da 1ª RAS. À Capes, por meio de seu edital de Apoio a Eventos no País e do Programa Nacional de Pós-Doutorado (PNPD), ao Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, da

UFPB, sob a direção de Mônica Nóbrega e Rodrigo Freire, bem como às Pós-Graduações em Antropologia (coordenação de João Martinho Braga de Mendonça e Marcia Longhi) e de Sociologia (Tereza Queiroz e Cristina Furtado). Agradecemos, igualmente, a todos e todas que coordenaram e debateram nos Grupos de Trabalho, bem como ao nosso conferencista e aos/às participantes das mesas redondas: Luziana Silva, Rozeli Porto, Adriano de León, Mónica Franch, Ednalva Neves, Débora Allebrandt, Ana Cláudia Rodrigues, Roberta Reis Grudzinski, Marcia Longhi, Octavio Bonet, Eduardo Brunello, Rosa Virgínia Melo, Fátima Tavares, Pedro Nascimento, Ivia Maksud, Mônica Araújo, Artur Perrusi e Nádia Meinerz. Ao nosso secretário, Edimilson Gomes da Silva Jr. e à nossa monitora, Edilma Monteiro, o nosso muito obrigado. Cabe-nos ainda agradecer às professoras Maria Cecília de Souza Mlnayo pelo prefácio e Daniela R. Knauth pelas palavras encorajadoras e instigantes dedicadas a esta obra.

CAPÍTULO 1

De restos e sofrimentos: sobre fazer etnografias em serviços de saúde

Octavio Bonet

Este texto nasce a partir de um conjunto de reflexões suscitadas pelo convite para participar da 1ª Reunião de Antropologia da Saúde, em João Pessoa, acompanhado da proposta de falar sobre fazer etnografias em serviços de saúde. Era uma proposta ampla demais, e isso poderia ser bom e ruim ao mesmo tempo.

Poderia começar a partir de uma questão ampla: o que significa fazer etnografias em serviços de saúde, hoje? Por que nos interessam? O que é que encontramos neles? Por que insistir em uma perspectiva micro, da proximidade, do princípio de união ingoldiano, em momentos em que o foco parece se endereçar para a saúde global, para os processos migratórios e as questões de saúde que suscitam? Por que insistir nos serviços que, geralmente, são contextos de tecnologias leves, quando as questões importantes parecem migrar para as altas tecnologias, para as experimentações genéticas, as biotecnologias, as biossocialidades? Ou, indo mais fundo, poderíamos nos perguntar se os serviços de saúde continuam sendo uma questão para a antropologia. Ou continuar a pesquisá-los está mostrando que perdemos (ou eu perdi) o rumo do que é central para o saber antropológico a fim de explicar as tendências da contemporaneidade?

O objetivo deste texto é, portanto, refletir sobre algumas respostas possíveis para estas perguntas. A ideia central que quero exprimir é que fazendo etnografias em serviços de saúde temos acesso às dimensões fundamentais dos processos de adoecimento, as dimensões da vida que abrangem os sofrimentos e os afetos; mas, acima de tudo, adquirimos a certeza, por experiência própria, de que todas essas dimensões sempre deixam um “resto”, de que “vazam”. Por que fazer etnografias em serviços de saúde? Porque nos permitem perceber o resto.

Para responder à minha questão central e relacioná-la com a ideia de resto, preciso fazer um rodeio que necessariamente me levará ao meu percurso como pesquisador no campo da antropologia da saúde.

Etnografias, tendências e restos

No encontro da Associação Brasileira de Antropologia (ABA) de 2012, propus uma mesa sobre antropologia da saúde, e chamei para integrá-la três expoentes do campo: Jane Russo, Cynthia Sarti e Jean Langdon, com a preocupação de que as diferentes dimensões que constituem o processo de

saúde-doença (pessoa, corpo, sofrimento, emoção, sexualidade, gênero) foram ganhando importância nas últimas décadas, igualando ou deslocando os estudos específicos sobre as práticas da biomedicina enquanto instituição hegemônica. Em outras palavras, eu tinha a percepção de que o que seria o campo da antropologia da saúde estava se desmembrando e os estudos sobre a biomedicina estavam sendo abrigados na saúde coletiva. A ideia trazida por Jane Russo¹, após fazer uma apresentação das relações entre saúde coletiva e antropologia da saúde, foi que os novos objetos e os movimentos sociais (epidemia da Aids ou a reforma psiquiátrica) produziram uma socialização de questões médicas; ou seja, temas do campo biomédico passam a ser olhados do ponto de vista social ou político. E assim, nesse movimento, se resignificaram as relações entre antropologia e saúde coletiva e as oposições natureza e cultura ou corpo e mente.

Era, em parte, uma resposta à minha questão, mas continuei me perguntando o que fazia pesquisando a profissão médica. O processo de aprendizagem da biomedicina ou da medicina de família? Quem se interessa, hoje, na antropologia, pelo cotidiano dos serviços de atenção primária (como no meu caso)? Ou pelos itinerários terapêuticos? O que eu me perguntava era por que continuar fazendo etnografias em serviços de saúde. Para responder essas perguntas poderíamos começar com a citação clássica de Geertz de que não estudamos aldeias, mas em aldeias (GEERTZ, 1989, p. 32). Isso nos diz que a preocupação não são os serviços, mas que através deles podemos alcançar as questões antropológicas que, sim, nos interessam. Isso está claro. Mas o que gostaria de afirmar neste texto é que a importância dos estudos dos serviços de saúde está em nos fazer perceber o resto.

A explicação deste conceito é o percurso que preciso fazer. Há algumas semanas, li um texto de um psicanalista e psiquiatra, professor da Unicamp, Mário Eduardo Costa Pereira (2002), no qual se perguntava sobre o futuro da Psicanálise. Nesse texto, ele se pergunta: quem escuta o sofrimento hoje? Quem acolhe o sofrimento? E responde que o futuro da psicanálise tem a ver que com essa escuta. O pano de fundo da discussão apresentada no texto estava na disputa entre a psicanálise e a psiquiatria biológica, que toma impulso a partir da publicação do manual DSM-III dos anos 1980². Nele, propunha-se uma nova maneira de entender o sofrimento psíquico, com o declínio da ideia de doença mental e o surgimento da ideia de transtorno. Nesse movimento, segundo Costa Pereira, havia dois pressupostos, um pragmático e outro biologista. O primeiro diz respeito à ideia de que a noção de doença mental, e a essencialização que carrega, atrapalhou o avanço da psiquiatria; assim, o transtorno não vai se centrar em uma essência, mas em

¹ Uma versão modificada dessa fala foi publicada no artigo Russo e Carrara (2015).

² Essa mudança foi bem documentada no trabalho de Jane Russo e Ana Venancio (2006).

uma convenção³. Em razão dessa convenção, um transtorno é o que nós combinamos que um transtorno é; em outras palavras, “não há instância transcendental, não há instância racional maior do que o campo da decisão humana, a respeito do que é desejável ou não no comportamento dos outros e de si próprio” (COSTA PEREIRA, 2002, p. 243). Com isso, diz Costa Pereira, criamos um referencial mínimo de entendimento, que se fundamenta em um campo com formas clínicas claras e imediatamente verificáveis através do método empírico-experimental, e não de uma teoria psicopatológica implícita (como a psicanálise).

Esse campo empírico-experimental se apoia em uma perspectiva biológica dos transtornos mentais. Olha-se a loucura sob o prisma da biologia. As consequências da operacionalidade desses dois pressupostos é que algumas disciplinas ficaram de fora do campo de debates legítimos sobre o sofrimento psíquico.

Por que nos interessa tudo isso? O próprio Costa Pereira diz que não é assim que as coisas funcionam do ponto de vista clínico, político e das ideologias implicadas. Ou seja: essa perspectiva pragmática da psiquiatria biológica estava tão preocupada em dar conta da realidade e em possibilitar uma “operação efetiva do mundo” que “deixou de fora o real” (COSTA PEREIRA, 2002, p. 246). Para exemplificar esta ideia, o autor retoma vários casos da sua prática clínica que mostram como esse real retorna. Os pacientes com transtorno de pânico, por exemplo, que ao tomar a medicação apresentam uma melhora significativa, reduzem as crises de pânico, mas que tempos depois continuam com medo de que as crises voltem, permanecem inseguros, alguns hipocondríacos, depressivos etc. Ou seja, algo resiste em se enquadrar nessa forma de delimitarmos o mórbido e sua cura.

O que desejo sublinhar é essa ideia de que algo resiste, de que sempre há um resto que tem que ser escutado, de que podemos fazer protocolos de práticas, mas haverá algum resto. Costa Pereira diz que os que escutam o resto são os psicanalistas, eles são os profissionais do resto. Freud, por exemplo, se interessou, na passagem do século XIX para o XX, pelas histéricas, que eram o resto.

Há algum tempo venho me interessando pela psicanálise, e me perguntava o porquê desse interesse. A resposta veio associada à ideia do resto. A antropologia também se interessa pelo resto. Quando a psicanálise adotava as histéricas, que eram o resto da psiquiatria da época, a antropologia adotava as culturas “primitivas”, que eram também o resto das ciências sociais.

Na minha própria trajetória acadêmica, comecei estudando um serviço de clínica médica em um hospital de alta complexidade. Como nos

³ Poderíamos dizer, acompanhando Roy Wagner (2010), que essa convenção produz uma nova essencialização e assim por diante.

mostram os textos de Foucault, eu não poderia estar mais no centro do saber biomédico, ao estudar a clínica médica em um hospital. No entanto, me interessei não pelo saber, mas pelo sentir, pelas emoções. Ou pela relação entre o saber e o sentir, pelos dramas sociais que se instauram quando as emoções se apresentam no cotidiano do serviço. Quer dizer que me interessei pelo resto (BONET, 2004).

Lendo alguns textos para essa pesquisa no hospital, vi que existia uma polêmica levantada por um grupo de médicos que não trabalhavam nos hospitais, mas nas unidades básicas de saúde. O hospital não era o lugar de formação ideal para eles, a formação teria que ser feita nos serviços de saúde da rede ambulatorial. Mas naquela época, nos anos 1997, eles ainda eram considerados lugares-castigo, isto é somente ia trabalhar lá quem era punido ou quem era médico de família, que escolhia esse lugar de trabalho por questões ou de formação ou políticas. Assim, podemos considerar essa opção deles, dos médicos de família, e a minha de estudá-los também, como uma opção pelo resto.

Na perspectiva da medicina de família, que é fundamentalmente a especialidade médica da atenção básica no Brasil, instrumentalizada através da Estratégia Saúde da Família, a ênfase recai em conceitos como integralidade, pessoa, continuidade da relação, territorialização, cuidado, escolha e humanização da prática. Esses meus interesses na atenção básica me levaram a pensar nesses novos campos de estudo da antropologia da saúde, ou nos novos enfoques sobre a medicalização do mundo, de que nos fala Nikolas Rose em seu livro *A política da vida própria* (2013). Daí a minha sensação de ir contra a corrente e uma certa angústia que isso me causava: interesse-me pelo resto, pelo sofrimento, pelo sentir, em um momento em que parece que a onda está nos processos de biologização e molecularização das questões do campo.

Ao pensar o processo de biologização dos seres humanos, da saúde e da medicina, Nikolas Rose propõe que estaríamos nos tornando indivíduos somáticos:

[...] a minha análise diz respeito não só ao que os seres humanos são, mas ao que eles pensam que são: os tipos de seres humanos que eles presumem ser [...] estamos chegando progressivamente a nos relacionar a nós mesmos como indivíduos 'somáticos', isto é como seres cuja individualidade está, pelo menos em parte, fundamentada dentro de nossa existência carnal, corporal, e que experimentamos, expressamos-nos, julgamos e agimos sobre nós mesmos parcialmente na linguagem da biomedicina (ROSE, 2013, p. 44).

Em seguida, afirma: “a somatização da ética estende-se à mente” (ROSE, 2013, p. 45) e, assim, esse espaço psicológico interior que nos caracterizou durante a primeira metade do século XX vai dando lugar a novos jogos da verdade, às neurociências, que “atuam em um nível molecular, o nível dos neurônios, dos pontos receptores, dos neurotransmissores das sequências exatas dos pares de bases, em localizações particulares naquilo que agora pensamos sendo o genoma humano” (ROSE, 2013, p. 45). Esses fenômenos moleculares se tornam alvo de técnicas farmacêuticas, que nos ajudam a nos aprimorar através da nossa corporalidade. Parece-me que estas ciências neuroquímicas estão operando ao modo da genética, criando uma “economia da esperança” de que solucionarão os problemas de saúde das populações.

Concordando com Rose, não podemos negar o fato da biologização do nosso presente, mas tem alguma outra coisa que esse indivíduo somático não explica, que está em outro lugar. Rose falará de um si mesmo neuroquímico, mas o que é? Ou como se relaciona com os outros si mesmos que formam um Eu, e que me fazem emocionar com coisas que emocionam somente a mim e não a outros? Isso tem a ver com as nossas escolhas pessoais e com nossos desejos. Isso é neuroquímico? É claro que tem um componente neuroquímico, mas tem outro que não é. Mas então porque o sujeito é neuroquímico?

Rose nos mostra o surgimento de uma biopolítica molecular, em que a vida em si se torna aberta à política. No seu modelo de análise, a vitalidade e a vida mesma estão associadas ao nível molecular. Por quê? Por que a vida não está associada à política no nível molar? Por que a vida tem que ser vida somática? A vida subjetiva, as intersubjetividades, não é vida? Não nos estamos tornando somáticos demais? E como incluímos nessa “biopolítica molecular somática” todos os investimentos que fazemos cotidianamente na subjetividade psicológica ou os investimentos espirituais e religiosos? Vamos jogar fora porque a tendência é somática? O próprio Rose não faz isso, e é justamente por esse fato que a pergunta sobre o motivo de sermos indivíduos somáticos é pertinente. Rose, ao ser interpelado sobre se essa tendência somática significaria que o indivíduo psicológico estaria desaparecendo, responde:

[...] eu não acho que estejam desaparecendo, eu acho que estão sendo suplementados por essas outras formas de pensar sobre a gestão de nossos corpos e de nossos cérebros [...] não se trata dos seres humanos terem se tornado cérebros, mas do fato deles terem cérebros [...] A gestão de nossa existência neurobiológica se tornou parte da gestão de nossa existência somática. Mas as pessoas que fazem essa gestão são ainda entendidas a partir de um conjunto de características psicológicas e, conseqüentemente, aberto a intervenções psicológicas concebidas para mudar as

maneiras pelas quais elas administram suas capacidades biológicas e neurobiológicas (CARVALHO, 2017, p. 223).⁴

Não se trata de desconhecer a tendência, mas me interessa o que está fora dela. Até podemos concordar que existe, em parte, um processo de molecularização da biologia e da nossa relação com a saúde, mas, sendo antropólogo, vou me interessar pelas linhas de fuga, pelas aberturas, pela via contrária à tendência da somatização.

Se a tendência agora é estudar a molecularização da biomedicina, vou me interessar pelo que fica de fora da tendência, pelo molar. Pelo resto. Não é por acaso que estudo medicina de família, emoções e corpos. Utilizando a ideia de Ingold (2012), interesse-me pelo que vaza. Interessa-me o que resiste. Se for possível dizer que essa perspectiva do interesse no resto, na contratendência, é um pouco romântica, podemos também dizer isso dessa ênfase na molecularização da biomedicina, nas tecnologias da vida, na ética somática, ao carregar essa “economia da esperança” não sustentada.

Possibilidade que é desmentida pelo próprio percurso da pesquisa sobre o genoma humano. Sempre terá alguma coisa que não será explicada, que vazará, algum resto. Esse é o problema dessas perspectivas bios, biotecnologia ou biossomáticas: alguma coisa resiste, não se enquadra, não poderá ser somatizada. Ou será somatizada no sentido de somatização (relação soma e psique); ou seja, quanto mais sabemos do nosso corpo, quando mais mergulhamos nas profundezas desse corpo, menos cartesianos somos, menos podemos dizer o que é soma e o que é psique. Uma coisa nova surgirá onde estava essa fronteira, mas essa coisa nova não será somática.

Por outro lado, como bem mostra Rose, o movimento de molecularização da biomedicina, essa tendência somática, se dá junto a uma tendência molar. Quando se refere à epidemia de SRAS (síndrome respiratória aguda grave) imediatamente tende-se a encontrar o vírus, o agente causador, mas sem complementar com práticas molares, ou seja, não se contém a epidemia. As práticas molares são vigilância epidemiológica, restrições de movimentação, territorialização, conhecidas desde a medicina da peste e da lepra. Foucault desenvolve isso em *Vigiar e Punir* (1987), reticulação e isolamento. E continuamos fazendo isso. É necessário conhecer o vírus para tentar fazer uma vacina, mas é igualmente necessário controlar a circulação. Então por que nos centramos na molecularização biossomática e não na relação entre elementos moleculares e molares?

Nessa direção, oposta à molecularização, encontram-se os pacientes que se recusam a serem passivos e usam ativamente as biociências para maximizar a sua própria vitalidade, como bem mostra o próprio Rose. Isso se

⁴ É essa complementação que permite a Rose pensar na biologia como oportunidade e não como destino (CARVALHO, 2017, p. 222).

vincula à biossocialidade (RABINOW, 1999, p. 144), ou cidadania biológica (ROSE, 2013, p. 42) ou comunidades biossociais (ROSE, 2013, p. 63), que de alguma forma baseada no corpo gera ativismos que podem ser entendidos como uma resistência à tendência. O que não nos permite tomar de forma mecânica a ideia da otimização somática e molecular defendida pelos expertos. Aceitar isso é achar que os indivíduos somáticos acatarão os argumentos dos expertos sem questionamentos. É negar a agência dos primeiros. Basta etnografar um serviço qualquer para perceber que não é assim que o mundo funciona. A lógica somática dos expertos não migra para os usuários, mas é utilizada de forma diferente, seguindo interesses específicos.

Ao centrarmos nessa tendência da ética somática, perdemos a dimensão central da transferência, porque qualquer um pode fazer uma consulta com profissionais e acompanhar essas consultas com pesquisas na internet, para ver qual é a doença que se tem e chegar a um diagnóstico. Mas se não criamos um vínculo transferencial com o profissional, escolhemos outro. E como se toma essa decisão? Aí entra em jogo a lógica da escolha, mas também a lógica do cuidado de Annemarie Mol (2002). **Cuidado** remete à proximidade, a um compromisso, a uma relação, a uma individualidade e, portanto, a uma escolha pessoal. Interesse-me em como a lógica da escolha se associa à lógica do cuidado.

O que quero argumentar é que a dimensão somática se conecta com outras dimensões que vão além do corpo. Para essas outras dimensões aponta outro livro publicado no mesmo ano que o do Nikolas Rose, 2007. Estou me referindo à coletânea *Subjectivity: Ethnographic Investigations*, organizado por João Biehl, Byron Good e Arthur Kleinman. Eles estavam olhando para outra tendência, ou tinham outro modo de percepção. São perspectivas diferentes sobre a vida. Neste livro, encontramos um enfoque que junta essa perspectiva da corporalidade e da experiência à ideia de subjetividade. Esse diálogo é pensado a partir de pesquisas etnográficas. Eles estariam trazendo esse lado que escapa, o que vaza, o resto. Os modos diferentes de apropriação da saúde, da experiência e da vida. Ou a vida na experiência. Nesses textos, discute-se quais são as condições de possibilidade, dada pela situacionalidade, que permitem que se desenvolvam determinadas subjetividades. Assim, esses indivíduos não estão em si mesmos, mas envolvidos numa sociedade abrangente, em relações intersubjetivas nas quais se jogam valores e afetos, que estão corporificados e conectados a espaços domésticos, à vida pública e aos conflitos interpessoais.

João Biehl, em um dos textos dessa coletânea, que ele chama de *A Vida*, relata a sua etnografia em um hospital psiquiátrico em Porto Alegre, onde encontra a paciente Catarina. Biehl consegue traçar a rede familiar, estatal, médica e econômica na qual Catarina se encontra presa. Descrevendo

a luta pela reforma psiquiátrica, empreendida pelos ativistas e expertos/profissionais, e os conflitos e carências familiares da Catarina, Biehl conclui que “Catarina não caiu simplesmente na rachadura entre os domínios doméstico e o sistema público. Seu abandono era dramatizado e realizado em novas interações e justaposições de vários contextos sociais” (BIEHL, 1997, p. 408). O autor se centra no processo de produção da invisibilidade do sofrimento da Catarina.

Isso nos leva às questões do início da minha fala. Por que fazer etnografias em serviços de saúde? Neles, encontramos a “vida”, isto é, os movimentos criativos e improvisados ao longo dos quais nos desenvolvemos em emaranhados de linhas de crescimento (INGOLD, 2012). As etnografias nos permitem ter acesso a esses emaranhados em que percebemos a dimensão relacional que abrange os afetos, o sofrimento, o que resta. O que não se enquadra nos discursos. O que vaza.

A irrupção do resto

Gostaria de mostrar, valendo-me de exemplos das minhas pesquisas de campo em serviços de saúde de atenção básica, como aparece aquilo que resta, que vaza.

A residência em que fiz o trabalho etnográfico está associada a um serviço de medicina de família e comunidade, e é sediada em um hospital-escola ligado a uma universidade. Embora esteja inserida em um hospital, onde se realizam atendimentos ambulatoriais no serviço de medicina de família, os residentes cumprem parte da sua atividade cotidiana na malha de clínicas de família, que dependem da Secretaria de Saúde do Município. Desse modo, parte da sua carga horária é despendida nos consultórios das clínicas de família, ou em visitas domiciliares dentro da área de cobertura do hospital, quando a situação do usuário ou da família assim o requeira.

No cotidiano do hospital, os residentes, além do atendimento em consultório e das visitas domiciliares, recebem aulas teóricas sobre as ferramentas técnicas que empregarão no cuidado dos usuários, suas famílias e a comunidade. Essas atividades de formação se dividem entre os residentes de primeiro e de segundo ano, e são ministradas ou por docentes do serviço, preceptores, ou por professores convidados para temáticas especiais. Finalmente, uma vez ao mês, promovem um encontro em que todo o serviço discute um caso clínico segundo a abordagem familiar e comunitária. Essas discussões clínicas são apresentadas por um residente e pelo preceptor que o acompanhou no atendimento; posteriormente, abrem a discussão em que,

coletivamente, tentam responder às dúvidas e, também, sugerir condutas a serem adotadas.⁵

Como anteriormente mencionei, as atividades de atendimento nas consultas se complementam com as visitas domiciliares aos usuários da área de cobertura que, por diferentes razões, não podem se deslocar até o hospital a fim de receber atendimento no serviço. Estas visitas são efetivadas pelos residentes, geralmente em duplas e, dependendo da complexidade da situação, eles são acompanhados por preceptores e/ou por docentes do serviço. Esta atividade extramuros, além do atendimento, tem como objetivo transmitir/adquirir habilidades para lidar com a visão comunitária, atentando para os problemas populacionais que se apresentam na área de cobertura.

O sofrimento de Ana

A história da Ana permite ilustrar a questão do tempo e, associado a ele, a questão do sofrimento. Não de um sofrimento derivado de uma situação de *stress*, que poderia configurar um quadro de *stress* pós-traumático, mas de um sofrimento que chamo de "difuso". É difuso porque se estende no tempo, porque se perde seu início e final. É a cronicidade dos problemas sem resolução. E essa não resolução somente em poucas oportunidades dá lugar àquilo que Boltanski (2007) chamou de tópica da denúncia, que se associa com a indignação. Frequentemente nos deparamos com a tópica do sentimento, com o sofrimento e as emoções vivenciados em silêncio, olhando para o chão, com as mãos entre as pernas.

Escolhi a história de Ana porque ela tem nuances e cenas que mostram esse sofrimento difuso, mas porque mostram também as dimensões que ficam de fora dos discursos e as consequências dessas dimensões nas práticas e no aprendizado dos profissionais.

Ana é uma mulher de 74 anos, negra, casada com José, de 83 anos, com quem vive a poucos quarteirões do hospital e, por essa razão, recebem a visita dos médicos-residentes do serviço. Moram em um apartamento de três ambientes, no terceiro piso de um prédio sem elevador, que a antiga patroa de Ana lhes empresta. O apartamento é simples, mas bem cuidado e ordenado. Ela recebe uma aposentadoria mínima e havia parado de trabalhar por causa da doença; seu marido vende guloseimas e refrigerantes num carrinho na esquina do hospital. Faz isso todos os dias, das oito da manhã até às cinco da tarde. Os dois são analfabetos. Têm uma filha que os visita pouco e quatro irmãs, mas somente uma vive no Rio de Janeiro.

⁵ Nas clínicas da família, os residentes são acompanhados por preceptores aos quais apresentam suas dúvidas e que eventualmente vão com eles às consultas domiciliares. A relação é de um preceptor para cada quatro residentes.

Ana tem diabetes e hipertensão, ambas descompensadas; no dia em que fizemos a primeira visita, sua pressão era 11 x 20. Além disso, tem glaucoma e catarata (como consequência dessas doenças, está quase cega, vê tudo embaçado). Ana tem uma estatura corporal pequena e uma postura curvada; fala pouco e está permanentemente com secreção lacrimal nos olhos – o que faz com que esteja sempre com um lenço na mão. Por este último traço, foi diagnosticada e tratada, durante quase um ano, como depressiva, antes de entrar no serviço de medicina de família.

O motivo da visita foi porque, dois dias antes, Ana tinha caído e não estava conseguindo sair da casa. Segundo o que ela contou, sentou-se na cama e não sentia as pernas; tentou se levantar e caiu. Depois desse episódio, parou de tomar um dos remédios (ela toma seis comprimidos por dia, quatro de manhã e dois à noite). Os médicos perguntaram ao José quais remédios Ana estava tomando, porque é ele quem os controla. Em cada uma das caixas dos remédios estava escrito quantos comprimidos Ana deveria tomar, e se era à noite ou de dia.

Os residentes, ao terminar a visita, explicaram novamente a José como ele deveria ministrar os remédios de Ana. Como a pressão dela estava alta, decidem voltar na próxima semana para ver se o quadro mudou, após ela tomar novamente os remédios. Escrevem tudo de novo, em outro receituário, com caixa alta e bem grande. Mas o problema foi que José já sabia a ordem da outra receita e, com essa nova, ficou confuso. Eu sugeri que colassem na receita uma das tampinhas da caixa de cada remédio, ao lado das indicações. Nesse momento, produziu-se um significativo silêncio; os residentes se olharam e ficaram pensando em como resolver aquela situação, que exigia criatividade para solucionar o impasse que consistia em saber como lidar com uma paciente quase cega e com um cuidador analfabeto. As dúvidas não estavam centradas nem no diagnóstico, nem na terapêutica (descritos nos livros de medicina), não estava em questão a dimensão somática-molecular, mas era uma questão funcional, relacional. Era uma questão dessas vidas, do modo como essa hipertensão arterial e essa diabetes se inserem na história de Ana e de José.

Buscando resolver esse impasse, um dos residentes começou a indicar com números cada remédio e, se era para ser tomado de dia, desenhou um sol, e se à noite, uma lua. Momentos depois, perguntaram a José: "como é esse aí?". José fica olhando a caixa por um instante e faz um gesto de que não sabe. Estava olhando a caixa ao contrário. Como percebi isso, girei a caixa; aí ele explicou o que tinha entendido. Naquele momento, ficou explícito, embora não tivesse sido mencionado, que ele não sabia ler.

Nos momentos finais da consulta, sentados à mesa da sala, os dois residentes estavam conversando com Ana e José sobre as indicações para ministrar os remédios. José acenava com a cabeça positivamente,

demonstrando que estava entendendo as indicações. Ao despedir-se, um deles pega no braço dela e lhe diz para ficar tranquila e se cuidar.

Quando saímos da casa, um dos residentes me explica que ela está o tempo todo lacrimejando, já que usa colírio porque tem síndrome de olhos secos. Eu comentei que ela começou a lacrimejar quando, ao se despedir, ele lhe tocou o braço.

Voltamos na semana seguinte, com os mesmos dois residentes. José não estava, e Ana desceu para nos abrir a porta. Subiu as escadas lentamente e, chegando ao apartamento, disse: "Esta escada vai me matar" – o que, em certo sentido, explicava também porque ela não saía de casa. Sentamo-nos à mesa da sala. Assim que a conversa avançou, os residentes foram controlando os remédios. Como na semana passada haviam contado os comprimidos de cada medicação, souberam que ela não tinha tomado corretamente um deles. Os dois profissionais mediram a pressão: 11x22. É interessante ressaltar que, após um deles medir a pressão, não diz quanto aferiu, esperando que o outro o faça novamente para comparar os resultados. O que está em jogo, além de saber como está a pressão de Ana, é poder experimentar, medir a pressão de um paciente, isto é, desenvolver essa habilidade.

Ana perguntou-lhes: "Como estou?", ao que um deles respondeu: "A pressão ainda está alta. A senhora não tomou os remédios de modo correto. Esses dois estão bem, mas esses, não." Ela tinha parado de tomar porque a fazia urinar muito, e ficou com medo, mas não conseguiu explicar de quê. Ela pôs a mão na testa, pensou e disse: "É essa coisa da banana." Um dos residentes percebeu e esclareceu: "Ana está preocupada com o potássio"; então o outro residente disse: "Há outras coisas que têm potássio, como o tomate, legumes. A senhora gosta dessas coisas?"

As duas primeiras consultas foram no final de maio; em agosto, acompanhei outra visita, desta vez com um dos preceptores. Isto marca uma diferença em relação às outras duas consultas, porque entre o residente do primeiro ano e o preceptor existe uma distinção hierárquica, fundada em que o segundo tem vários anos de experiência no serviço e na especialidade.

Semanas antes, Ana tinha ido se submeter à cirurgia de catarata, que não foi realizada porque, ao aferir sua pressão arterial, no centro cirúrgico, constataram que estava alta. Na visita, ela não consegue parar de falar da intervenção cancelada. O preceptor lhe pergunta o que sentiu, e ela respondeu: "Meu coração disparou. Ligaram para me dizer que iam me operar, e depois, no centro cirúrgico, me disseram que não. É horrível, não podem fazer isso. Fiquei com uma angústia aqui dentro [disse tocando-se o peito]".

Nessa visita, apareceu um componente muito importante em relação à saúde no Brasil: a dimensão religiosa. Todas as terças à noite, Ana e José vão à Igreja Universal. Nas terças, reza-se a oração de libertação, a oração da saúde. Ela disse que, quando vai, se sente bem, mas, como é longe, parou de

ir. O preceptor a indagou: "Não é importante ir e fazer a oração da saúde?". Ela replicou que sim, mas que é longe. O preceptor perguntou: "Sua pressão pode ser espiritual?" Ela respondeu: "Pode ser, mas eles dizem que tenho que ir ao médico. **Fé mais os remédios**. Se a pessoa não tem fé, não sucede nada." Enquanto aconteceu o diálogo, o preceptor e Ana estavam de **mãos dadas** o tempo todo; o diálogo era pausado e com voz suave. Durante todo este processo, o residente ficou em silêncio, quem conduziu a visita foi o preceptor. Sem estar explícita, havia uma relação hierárquica que se traduzia em um processo de aprendizado, que também não era explicitado, no sentido de que eles não trocaram impressões, mas essas se davam por meio de indícios, através da observação de como o preceptor conduzia a visita.

O preceptor perguntou a ela: "Se medirmos a pressão agora, como lhe parece que vai estar?" Ela respondeu: "Baixa". Mediram a pressão, primeiro, o preceptor (8x19), em seguida, o residente (8x22). Novamente se repetiu a rotina no processo de medir a pressão; o preceptor que tomou a pressão não disse o resultado, mas esperou que o residente fizesse a sua medição para compararem.

A última notícia que tive de Ana foi em novembro. Ela ainda esperava pela cirurgia de catarata, que não pudera ser feita porque sua hipertensão não estava controlada. Tinha ido ao hospital para uma consulta, acompanhada de José. A ideia do residente, na consulta, segundo me explicou depois, era fazer com que Ana começasse a pensar na possibilidade de que a intervenção cirúrgica não iria restaurar sua visão completamente e, além disso, queria convencê-la de que deveria começar a caminhar. Sua pressão estava 8x16.

Da primeira consulta, em maio, até a última, no início de novembro, passaram-se seis meses; tempo em que Ana conviveu com a pressão alta e com a esperança não realizada de fazer uma cirurgia. Tudo isso vivido como num platô de sofrimento. Em uma apresentação que fizeram na residência sobre este caso, descreveram como Ana respondia a todas as perguntas, como ria, mas não mencionaram que, quando nada lhe perguntavam, ela ficava com o olhar perdido em algum ponto do chão.

O que esta cena etnográfica nos mostra não é somente esse processo de sofrimento difuso, em que tem um momento de *stress* quando não consegue passar pela cirurgia de catarata, mas os fatos com os quais, frequentemente, os profissionais de saúde têm que lidar. Temos uma relação de aprendizagem entre o preceptor e os residentes, mas o que me parece mais importante são as questões que aparecem associadas à pressão arterial. Não se discute sobre o nível de pressão, nem sobre o tratamento da catarata, mas em como lidar com o analfabetismo deles, ou a dimensão religiosa associada à percepção que Ana tem da sua pressão: "Fé mais os remédios".

Cena etnográfica 2

Nesta segunda cena etnográfica, relato um caso clínico apresentado nas reuniões plenárias da residência por uma residente e seu preceptor. Nestas reuniões, estão presentes o conjunto de membros da residência, os professores-médicos do serviço, os preceptores e os residentes dos três anos. Um desses professores me dizia que a ideia destas reuniões surgiu para ter uma possibilidade de discutir casos clínicos segundo o ponto de vista de uma “medicina centrada na pessoa”, que é a que eles praticam. O que se busca é que os residentes adquiram um saber de como construir uma história segundo essa perspectiva particular. A dinâmica é, basicamente, uma apresentação do caso seguida de uma discussão, em que a plateia apresenta suas dúvidas e sugestões de condutas e atividades a serem seguidas. Destas reuniões, participam aproximadamente 30 pessoas - contando os residentes dos três anos, os preceptores e os docentes da residência.

Nesta história que irei etnografar foi apresentada a itinação de um usuário do serviço de saúde. O que me interessa nesta cena etnográfica é mostrar o modo de apresentação e, fundamentalmente, o processo de discussão posterior. A história do usuário é reconstruída na apresentação, com dados obtidos a partir de várias visitas domiciliares, abrangendo um tempo de seguimento de dez meses, aproximadamente.

Ariel é um paciente de 39 anos, diagnosticado como hipertenso, tabagista, usuário de drogas e com epilepsia. Mora com o irmão, que tem tuberculose pleural; entretanto, após uma briga entre eles, passou a morar no espaço sob a laje do irmão, que, menos do que um cômodo, é um espaço entre o muro e a rocha do morro, sem janelas, nem ventilação.

Como houve intermitência na administração dos remédios, teve uma crise convulsiva, caiu e fraturou uma vértebra lombar; por causa disso, tem paralisia nos membros inferiores e precisa andar com um andador, além de ter que usar sonda para urinar. O residente pediu um exame de urina que dá positivo; começam então a administração de antibiótico e o encaminham para urologia. Foi à consulta no serviço de Urologia, mas não fez os exames solicitados, nem voltou à consulta seguinte. A cultura realizada na urina voltou positiva e sensível para um antibiótico, que ele não tem possibilidade de comprar. Aí se pode perceber uma passagem dessa dimensão molecular para uma dimensão molar: o exame bacteriológico, que remete à molecularização da biomedicina do que nos fala Rose, se associa com a dimensão social do sistema público de saúde brasileiro.

Quando o irmão sai para trabalhar, Ariel fica trancado em casa e come somente se o irmão deixar o almoço preparado e perto dele. Embora tenha começado a fazer fisioterapia (descendo do morro segurando-se pelo corrimão

e pedindo ajuda), tem pouca sensibilidade nas pernas e parestesia nos pés (sensação de formigamento).

No início da apresentação, a residente diz que a família tem um índice de vulnerabilidade de tipo 1, mas, posteriormente, informa que, quando desce para o espaço onde Ariel mora, o risco de vulnerabilidade aumenta para 3. Realiza essas medições utilizando uma ferramenta que faz parte da maquinaria epistêmica denominada Escala de Coelho.⁶

Adicionando outra ferramenta, a residente constrói um quadro inserindo todos os membros da rede de Ariel. A questão, para a residente que apresenta a itinação de Ariel, é como organizar o cuidado. Nesse momento, há uma troca interessante, porque um dos docentes pergunta se tanto Ariel quanto o irmão são solteiros, se não têm ninguém, se não têm cuidadores. Imediatamente começam algumas piadas sobre a pergunta, além de certo estranhamento, em razão do que o docente se explica: “Não é o padrão que dois homens jovens, irmãos, não sejam casados e morem juntos”. Uma residente diz que talvez “nessa sociedade” seja. O docente explicita que isso é um fator que aumenta a vulnerabilidade, porque diminui a rede de cuidados.

A apresentação ruma para questões teóricas sobre uma ferramenta utilizada para medir a escala de resiliência⁷; sobre a epilepsia e seus modos de apresentação; sobre a classificação das convulsões; sobre os modos de descrever as diversas crises e como investigá-las; que exames pedir. Na discussão que se seguiu à apresentação, perguntaram sobre a queda que Ariel sofreu e sua fisioterapia; sobre o tratamento medicamentoso; sobre a relação entre os irmãos; sobre a bexiga neurogênica. Este último tema leva a questão para os exames de urina, as dificuldades em pedir os exames e como esses se perdem na comunidade. Nesse momento, o docente que perguntara se eles eram solteiros diz que, “em um paciente com bexiga neurogênica, a cultura [exame de cultura bacteriana] não era importante”. O urologista está preocupado com o diagnóstico, com a lesão, mas ele não vê a resiliência. “Talvez mandá-lo ao urologista não dê em nada”. E acrescentou: “Vamos esquecer o xixi dele.” Sem explicitar sua intencionalidade, o docente conduz a discussão para as temáticas que interessam ao modo de abordar a questão para a medicina de família (como, por exemplo: a resiliência ou as redes sociais frouxas), dizendo, com indícios, os modos diferentes de perceber da biomedicina e da medicina de família.

Depois dessa intervenção, as perguntas mudam novamente, e

⁶ A escala de Coelho permite medir o grau de risco em que se encontra uma determinada família e assim decidir quais famílias devem visitar em primeiro lugar. A pontuação varia entre risco 1 (risco menor) e 3 (risco máximo), segundo determinadas características (por exemplo: um membro acamado ou com deficiência física ou mental, ou desnutrição grave, tem uma pontuação 3; desemprego tem pontuação 2 e analfabetismo, membro menor de seis meses, hipertensão, diabetes tem pontuação 1).

⁷ Como utilizada nesses contextos, a resiliência seria a capacidade da pessoa de se recuperar de situações de adversidade para manter um funcionamento positivo com o meio ambiente.

começam a se orientar para a resiliência: grau de escolaridade; possibilidade de organizar a alimentação (em virtude do problema da mobilidade); alguém sugere a possibilidade de conseguir uma cadeira de rodas e uma psicóloga interroga: “Para rodar onde?”

Nesse momento, o mesmo docente da intervenção anterior volta a falar e diz aos residentes que lhes estava faltando mais estranhamento, mais perguntas. E retoma: “Por que não estão casados? Esse estranhamento permite pensar em por que alguém é mais resiliente que outro.” Esta última questão me pareceu interessante porque mostra a função das perguntas aparentemente deslocadas, como aquela de saber se são casados; essa pergunta aparentemente não tinha sentido, daí as piadas, mas essa aparência foi resultado da não explicitação do que estava querendo ser ensinado. Isso só se explicita no final: a necessidade de estranhamento. A prática dos médicos de família os coloca diante do estranhamento, não de uma bexiga neurogênica, que eles aprendem nos livros, mas de uma situação de resiliência; as dificuldades estavam não nas doenças, mas na situação em que essas doenças se configuravam como um ambiente de sofrimento.

Essa mesma questão apareceu sem ser explicitada quando um residente perguntou para a dupla que estava apresentando por que escolheram aquele caso para a sua apresentação. A residente respondeu: “Porque é um paciente resiliente”; mais interessante foi o comentário do preceptor: “Não existe evidência para isso. A evidência é com paciente hospitalar. Ninguém viu o que a gente viu lá”.⁸ Essa fala remete ao estranhamento, à falta de livros para captar o ambiente, o mundo da vida. Esse estranhamento os direciona para o engajamento no ambiente (INGOLD, 2012, p. 30), necessário para poder fazer medicina de família.

Levando em consideração a minha argumentação inicial, o que esse relato de caso clínico nos mostra é como permanentemente precisa-se lidar com o resto, com o que não se resolve pelo saber somático, porque põe em jogo dimensões da experiência vivida que chamam para uma intervenção criativa. Eles sabem como lidar com uma bexiga neurogênica, mas como diz o docente: o problema não é o xixi, mas a situação complexa nas quais essas doenças interagem. O que lhes interessava era resgatar o emaranhado de linhas em que esses irmãos viviam. Não interessa a cultura da urina pedida pelo urologista, dimensão somática molecular, mas a resiliência que remete à malha de conexões molares, que estão para além do somático.

Nessa direção se encaminhavam a pergunta e a proposta do docente; parecia estar ordenando que se espantassem, porque do espanto viria a criatividade para lidar com o mundo. Essa conjunção espanto-ambiente é fundamental para pensar o cuidado, porque esta categoria remete a uma

⁸ Está comparando a sua prática, ou “o que eles viram lá”, com a medicina baseada em evidência.

perspectiva abrangente que eles só podem alcançar quando se deixam espantar pelo ambiente.

Cena etnográfica 3

Nesta última cena que irei narrar, o título da apresentação era: “Cuidador”. Pareceu-me interessante como se expôs a questão dos cuidados, os limites do cuidado, e como, na intervenção de uma docente, se manifestou o ensino por indícios ou claves. O interessante neste caso é que o foco está na percepção de ausência de doença, “eu não doente” diz a usuária, mas, para o médico, o que conta é a possibilidade de adoecimento – sofrimento.

O caso clínico relatado começa com o pedido de uma visita domiciliar por parte de uma usuária cadastrada na clínica para a sua mãe, 78 anos, que estava acamada com sequelas de acidente vascular cerebral, com diabetes *mellitus*, insulino dependente e hipertensa. A paciente encontrava-se acamada, sem interação, e usando sonda nasointestinal para alimentação. Quem cuida da mãe é a filha, Julia, que está presente na visita domiciliar, e que realiza de quatro a cinco medições diárias de pressão arterial, glicemia e temperatura. O residente informa que, durante a visita, a filha mostrou-se “inquieta e questionadora” acerca da melhora da mãe. O residente perguntou à filha sobre o que aconteceria se sua mãe melhorasse, ao que a filha respondeu: “Seria a melhor coisa do mundo”; ou o que aconteceria se a mãe falecesse, ao que ela retornou: “Não quero pensar nisso.” O interesse do residente era que a filha começasse a pensar na possibilidade do falecimento da mãe. Após essa consulta, organizam um plano de trabalho, de cuidado e acompanhamento, com fonoaudióloga e nutricionista.

Entretanto, rapidamente fica claro, na apresentação, que a preocupação do residente não era a mãe, mas, sim, a cuidadora, a filha. Daí a pergunta que faz em um momento “E a Julia?” A questão apontava para saber como podiam cuidar dela. Marcaram uma consulta para Julia na clínica. Ela foi à consulta, “saindo do ambiente domiciliar”, acrescenta o residente. O discurso de Julia, quando chega, é: “Vim porque vocês [a equipe de saúde] falaram que não estou bem. Todos falam isso”. Tobie Nathan (2001) argumenta que esse tipo de paciente coloca o terapeuta em um paradoxo, porque “demandam cuidado afirmando que não estão doentes” (NATHAN, 2001, p. 25), ou, ao menos, que estão doentes sem seu conhecimento.

Julia tem 52 anos, é solteira e se queixa de insônia, perda de memória e indisposição. Segundo a apresentação do residente, Julia relatou que, antes do AVC da mãe, tinha variados afazeres e atividades de lazer, mas agora se sente cansada e não sabe o que fazer.

Para relatar a situação familiar de Julia, que está recheada de conflitos com a família da mãe, o residente utiliza quatro ferramentas da maquiagem

epistêmica: o familiograma, o ecomapa, o Apgar familiar e a escala de Zarit (que mede a sobrecarga do cuidador). Essas ferramentas mostram uma rede social estreita, sem muitos amigos, e com um Apgar familiar que indica uma elevada disfunção familiar.⁹

Através do relacionamento com a equipe de saúde e com a clínica, o residente percebe que a usuária demonstra maior abertura para falar sobre a possibilidade de morte da mãe; entretanto, diz que continuará tendo o cuidado da mãe como a sua principal atividade. Daí o residente termina a sua apresentação com a questão sobre o que fazer, através da interrogação: “E agora?” Essa pergunta pode ser assim traduzida, a partir da discussão que se seguiu a sua apresentação: como cuidar da cuidadora que não requer cuidado?

A primeira docente a falar indaga sobre o estado geral da mãe: se tem uma lesão cerebral grande, se tem escaras (por estar por longo tempo acamada); se Julia apresentou um conflito anterior com a mãe, se apresenta sentimento de culpa. Com essas perguntas, está tentando perceber o porquê de Julia abrir mão da sua vida para cuidar da mãe. E o interessante é que, depois de todas essas perguntas e diante desse quadro, questiona: “Você acha que fez alguma coisa?” A isto, o residente responde: “Acho que fiz, porque a Julia ganhou mais abertura para falar da sua relação com a mãe.”

Uma segunda intervenção, de uma psicóloga que participa das reuniões, direciona-se para a ideia de disfuncionalidade familiar e para o uso dessas ferramentas epistêmicas: “o que você faz com esses números que obteve [ao utilizar as escalas de Zarit e o Apgar familiar]? Servem para planejar alguma coisa?” Nesse momento, o preceptor (que completa a dupla de autores do caso clínico, embora sempre quem fala seja o residente) intervém: “Julia não tem ideia de quanto a sua situação é ruim. Marcos [o residente], com o uso desses instrumentos, buscou sensibilizá-la mostrando os números.” Segundo esses números extraídos das ferramentas epistêmicas, a paciente estava com um alto grau de estresse, embora não percebesse. E foi isso que o médico tentou demonstra-lhe.

A psicóloga interpôs: “Temos que pensar em quais são os ganhos da posição na qual Julia se colocou.” Nesse momento, a primeira docente retomou a palavra para enfatizar o bom trabalho que o residente tinha feito “utilizando instrumentos objetivos” para descrever a realidade familiar de Julia. Desse modo, orientou sobre como se deve analisar um caso clínico que

⁹ Explicar detalhadamente essas ferramentas escapa aos objetivos do texto, mas podemos dizer que Apgar é um acrônimo com as primeiras letras das seguintes palavras: *Adaptation-Partnership-Growth-Affection-Resolve*. Um Apgar baixo (em uma escala de 0-4) mostra baixa adaptabilidade a novas situações e requer intervenções apropriadas.

A escala de Zarit mostra o grau de sobrecarga dos cuidadores em uma escala de 0-88, avaliando 22 itens que descrevem como a pessoa está sendo afetada pela situação do cuidado. No caso de Julia, foi de 61 pontos, o que expressa uma sobrecarga intensa.

envolve dolências que estão além das doenças físicas.

Outra das docentes, também psicóloga, interveio contando uma história da sua prática. Ela relatou o caso de uma senhora que cuidava da filha que tinha uma deficiência. Sempre cuidou dela, até que sofreu uma queda quando a estava carregando. Ela cobriu a filha com o corpo para que não se machucasse. A psicóloga e a senhora fizeram planos terapêuticos, mas esta última não os cumpriu. Nesse ponto, a psicóloga usou a metáfora das máscaras do avião, que caem quando se produz a despressurização da cabine, e disse para ela: “O que você faz?” Ela respondeu: “Ponho a máscara na minha filha e depois em mim”. A isso a psicóloga retrucou: “Você não vai conseguir fazer isso. Tem que botar em você primeiro para poder botar nela.” E a senhora então se dá conta: “Quer dizer que para cuidar da minha filha tenho que estar bem?” A psicóloga terminou a sua fala dizendo que as recomendações têm que fazer sentido para a usuária, para que, assim, alcancem o efeito terapêutico.

Dois pontos que me interessaram nessa situação relatada. O primeiro foi que a psicóloga não disse para o residente o que ele devia fazer, ao invés disso contou uma história sem falar da moral da história. No final, ficou claro para o grupo que participava da sessão que estava mostrando um caminho para criar um vínculo com Julia, mas sem dizer isso de forma explícita, apenas através de uma história. O segundo ponto se relaciona com o que era considerado um problema nesta situação: não era a mãe acamada, pouco podiam fazer sobre isso, mas a situação da filha, que não se considerava doente, e que os profissionais entendiam que estava numa situação de vulnerabilidade.

Em seguida, uma residente pediu a palavra e questionou sobre o proceder dos colegas e da especialidade. Ela argumentou que se a Julia não tinha pedido ajuda para ela própria e sim para a sua mãe, por que medicalizá-la? Por que transformá-la em paciente? Segundo esta residente, se Julia não tinha pedido ajuda para ela é porque “não era o tempo dela, da família, temos que pensar na autonomia do paciente. Por que vamos falar para Julia que ela tem que sair de casa?” Ela própria responde criticamente dizendo que “a medicina de família faz isso”. Este era um questionamento fundamental, e que apontava para o coração da prática da medicina de família, por essa razão uma das médicas docentes respondeu à questão do por que se inserir na situação-problema e passar a cuidar da Julia. Ela argumentou que “não é uma intromissão, é uma resposta a um pedido da Julia.” E arremata: “Se eu não tenho uma abordagem familiar, o que vou fazer lá? Temos que criar a demanda, temos que estar presentes e não ser omissos.”

Outro dos docentes complementou dizendo que “Julia pediu e ele [o residente] só está respondendo à demanda. Estamos discutindo até aonde vamos. Colocar isso para ela não é um problema do médico, é da relação. Eu

acho que está fazendo um bom trabalho, porque está ajudando a cuidar. Ele está criando um vínculo.”

Essa discussão, após a apresentação, adicionou vários conceitos que já se tornaram parte do fazer dos residentes envolvidos, como a abordagem familiar e a necessidade de criar vínculo para que se ative o cuidado. Os conceitos em si, vínculo e cuidado, não apareceram analisados, mas guiavam a discussão. A questão de saber até onde devemos avançar, na busca de cuidado relacionada à autonomia do usuário, coloca em discussão a totalidade da cultura epistêmica da medicina de família. Porque discute a relação, não só no sentido de responder à demanda e não ser omissos, mas pondo em jogo os conceitos de vínculo e cuidado. E posiciona o cuidado como uma dimensão central na medicina de família.

Como diz Joan Tronto (2009), o cuidado é uma dimensão central nas nossas vidas, porque passamos grande parte do nosso cotidiano ou cuidando de outros ou sendo cuidados. Ao propor uma ética do cuidado, Tronto defende que essa ênfase no cuidado gera um deslocamento dos conceitos de autonomia-dependência para o de interdependência, e este último conceito aponta para a relação, fazendo com que o cuidado ganhe uma dimensão moral e uma dimensão política (TRONTO, 2009, p. 125). Com essas duas dimensões, ele é uma prática; a ética do cuidado, como Tronto a entende, não é um conjunto de princípios, mas uma atitude prática em relação ao outro.

Essa dimensão do cuidado nos situa naquela da intersubjetividade, dos sofrimentos compartilhados nas famílias. Novamente, o problema passava não pela dimensão biológica, mas pelo resto que aparecia no discurso da filha como um cansaço e um não saber o que fazer.

À maneira de conclusão

Gostaria de retomar minha pergunta inicial: por que continuar fazendo etnografias em serviços de saúde? Uma primeira resposta é óbvia, já foi dada ao longo deste texto: neles temos acesso à vida como esse emaranhado de linhas, que abrange a micropolítica dos afetos, a economia dos sofrimentos, dos conflitos (mas também das alegrias). Tudo isso apareceu nas cenas etnográficas relatadas; uma totalidade que inclui, mas que vai além dessa biopolítica molecular somática. Em outras palavras, nos serviços podemos encontrar o resto, o Real, que se apresenta como esse sofrimento difuso, como aquilo que vaza das nossas categorias analíticas.

Esse encontro é possível por essa perspectiva da união [*togetherness*], da correspondência, em que nossas linhas de vida se encontram com as dos profissionais e dos usuários quando fazemos etnografia.

Uma segunda resposta a essa pergunta está relacionada à ideia do que podemos fazer com essas pesquisas. Esta segunda resposta nasce da tese de

Priscila Castro Vianez (2015), uma etnografia num serviço para tratar transtornos alimentares. A autora era formada em nutrição e, por essa razão, tinha interesse em fazer propostas para melhorar o funcionamento do serviço. Quando li os problemas que o serviço tinha, segundo ela, pensei que esses problemas apareceram muitas vezes em diferentes teses, em diferentes serviços de APS ou de diferentes especialidades. Espantou-me como eles se repetem e como nós já sabemos disso, pelos diálogos que estabelecemos nas defesas, ou nos diferentes encontros acadêmicos. O que fazemos com essa informação? Talvez devêssemos começar a pensar em uma sistematização mais estruturada? Como comunicar, de algum modo, aos gestores, para que a informação seja útil para eles e, ao mesmo tempo, não perder de vista, nem abrir mão da possibilidade de entender o processo de metaforização no cotidiano da vida dos serviços de saúde?

Referências

- BIEHL, J.; GOOD, B.; KLEINMAN, A. **Subjectivity: ethnographic investigations**. California: University of California Press, 2007.
- BIEHL, J. A life: Between Psychiatric Drugs and Social Abandonment. In: BIEHL, J.; GOOD, B.; KLEINMAN, A. **Subjectivity: ethnographic investigations**. University of California Press, 2007.
- BOLTANSKI, L. **La Souffrance a Distance**. Paris: Gallimard, 2007.
- BONET, O. **Os médicos da pessoa: um olhar antropológico sobre a medicina de família no Brasil e na Argentina**. Rio de Janeiro: 7Letras, 2014.
- CARVALHO, S. R.; TEIXEIRA, R. R. Políticas da própria vida e o futuro das práticas médicas: diálogos com Nikolas Rose (Parte 3). **Interface**, Comunicação, Saúde e Educação, v. 21, n. 60, p. 221-230, 2017.
- CASTRO VIANEZ, P. da S. **Desafios da atenção à Anorexia nervosa em adolescentes: uma pesquisa etnográfica em serviço de saúde do RJ**. 2015. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.
- COSTA PEREIRA, M. E. O futuro da Psicanálise. In: ALONSO, A. **O futuro da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002.
- FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. Petrópolis: Vozes, 1987.
- GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1989.
- INGOLD, T. Trazendo as coisas de volta à vida: Emaranhados criativos num mundo de materiais. **Horizontes Antropológicos**, n. 37, p. 25-44, 2012.
- RABINOW, P. **Antropologia da razão**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999.
- ROSE, N. **A política da própria vida**. Biomedicina, poder e subjetividade no século XXI. São Paulo: Paulus, 2013.

RUSSO, J. A.; VENANCIO, A. T. A. Classificando as pessoas e suas perturbações: a revolução terminológica do DSM III. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. IX, p. 460-483, 2006.

RUSSO, J. A.; CARRARA, S. L. Sobre as ciências sociais na Saúde Coletiva - com especial referência à Antropologia. **Physis**, Revista de Saúde Coletiva (UERJ. Impresso), v. 25, p. 467-484, 2015.

WAGNER, R. **A invenção da cultura**. São Paulo: Cosac & Naif, 2010.

CAPÍTULO 2

Interfaces entre religiões e saúde no Brasil: notas para um balanço da produção antropológica

*Fátima Tavares
Iacy Pissolato Silvera*

Desafios

A desconfiança acerca da universalidade das fronteiras (modernas) entre saberes biomédicos e outras práticas e cosmologias terapêuticas sempre esteve presente na antropologia. No âmbito da antropologia inglesa, os trabalhos de Evans-Pritchard (2005) e Victor Turner (2005) já evidenciavam a extensão dessas diferenças, a partir de conceitos como “infortúnio” e “aflição”, para a compreensão de outros sistemas terapêuticos. Também na antropologia francesa, o estruturalismo de Lévi-Strauss (em seus clássicos trabalhos sobre a eficácia simbólica e o pensamento selvagem) lançava novas possibilidades teóricas para a compreensão da importância dos símbolos nos processos curativos.

Contrastando com as tradições europeias, a antropologia médica norte-americana seguiu um caminho diverso, nos tempos iniciais das décadas de 1950 e 60, marcado por fortes relações interdisciplinares com as ciências da saúde (CANESQUI, 1994; MINAYO, 1998). Já em nossas terras tropicais, esse campo de estudos, desde o início, se mostrou crítico à abordagem norte-americana, dificultando, inclusive, a utilização do termo “antropologia médica”, com preferência dos pesquisadores pela nomenclatura “antropologia da saúde” e “do corpo” (LEIBING, 2012). De fato, como Luis Fernando Dias Duarte (1998) aponta, a antropologia da saúde/doença no Brasil se constituiu no diálogo tenso com a biomedicina e os saberes psicológicos. Nesse imbricamento, foi inevitável, para a antropologia, uma oposição forte ao “reducionismo biomédico” e à “naturalidade” das experiências de adoecimento.

Podemos fazer um movimento análogo ao realizado por Duarte, tentando delinear os contornos da produção antropológica que transita na interface entre processos terapêuticos e religiões? Como sugerem Jean Langdon et al. (2012), a antropologia da saúde no Brasil, em seu período inicial (até meados dos anos de 1980), tem como foco as práticas populares. As autoras apontam, ainda, que o interesse por essa abordagem é antigo, embora não tenha contribuído para a formação de um campo de estudos em saúde. Ao contrário, as práticas populares de saúde eram “diluídas” no contexto de outros interesses: estudos de religião e raça (abordagens evolucionistas);

inventário de práticas (abordagens folcloristas); etnografias de medicinas populares como práticas culturais destinadas a desaparecer.

Com o crescimento do campo da antropologia da saúde no Brasil, a partir do final dos anos de 1980, os temas de pesquisa se diversificam enormemente, mas podemos sugerir que as pesquisas sobre práticas populares, etnomedicinas e as terapêuticas religiosas ainda hoje configuram interesses disseminados por outros subcampos da antropologia (antropologia da religião, etnologia indígena) e pelo campo interdisciplinar da saúde coletiva, além de suas variantes “etno” (etnofarmacologia, etnobotânica etc.). Considerando as proximidades entre práticas populares de cura e as terapêuticas religiosas, gostaríamos, então, de apontar, neste capítulo, certas características da produção antropológica sobre terapêuticas e religiões e indicar alguns dilemas em torno da relação entre a antropologia e outras disciplinas que investigam processos de cura não médicos.

Para isso, foi realizado um levantamento bibliográfico no intuito de reunir essa produção antropológica¹. Antes, porém, apresentamos algumas indicações sobre as interfaces entre saúde e religiões no contexto da antropologia da saúde no Brasil. Em coletâneas e números especiais de periódicos antropológicos sobre antropologia da saúde estão presentes trabalhos na interface entre saúde e religiões, ou espiritualidades, atravessando as terapêuticas religiosas, alternativas, tradicionais e/ou populares. Também é possível encontrar balanços bibliográficos sobre temas específicos da relação entre saúde e religião em livros autorais, teses e dissertações. Segue abaixo uma relação das coletâneas sobre antropologia da saúde, com a indicação numérica (minoritária) dos trabalhos que abordam essa interface²:

1. ALVES e MINAYO (orgs.). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. 1994. (13 capítulos, 4 na interface saúde/religião);
2. ALVES e RABELO (orgs.). *Antropologia da Saúde: Traçando Identidades e Explorando Fronteiras*. 1998. (11 capítulos, 3 na interface saúde/religião);
3. CAROSO (org.). *Cultura, tecnologias em saúde e medicina*. Perspectiva antropológica. 2008. (18 capítulos, 7 na interface saúde/religião);

¹ A equipe reúne orientandos de Fátima Tavares (Iacy Pissolato, doutoranda; Ilma Araújo e Thais Cedrim, bolsistas de iniciação científica), além de Thais Penaforte, sendo coordenada por Fátima Tavares. Todos são membros do Observatório de Riscos e Vulnerabilidades da Baía de Todos os Santos (Observa baía) e realizaram um levantamento bibliográfico dos trabalhos publicados (livros, capítulos de livros, artigos em periódicos impressos e *online*, teses e dissertações) desde a década de 1980. Esse levantamento ainda se encontra em andamento, sendo as informações encontradas neste texto o primeiro resultado de análise desta bibliografia.

² O recorte adotado neste levantamento bibliográfico priorizou apenas os trabalhos antropológicos que têm como tema central as relações entre religião e saúde no âmbito dos processos de cura (terapêuticas religiosas, populares, alternativas no Brasil).

4. DUARTE e LEAL (orgs.). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. 1998. (12 capítulos, 2 na interface saúde/religião);
5. FLEISCHER e FERREIRA (orgs.). *Etnografias em serviços de saúde*. 2014. (12 capítulos, 1 na interface saúde/religião);
6. FLEISCHER, TORNQUIST e MEDEIROS (orgs.). *Saber cuidar, saber contar: ensaios de antropologia e saúde popular*. 2009. (11 capítulos, 7 na interface saúde/religião);
7. LEIBING (org.). *Tecnologias do corpo: uma antropologia das medicinas no Brasil*. 2004. (11 capítulos, 3 na interface saúde/religião);
8. LEIBING (org.). *The medical anthropologies in Brasil*. 1997. (17 capítulos, 4 capítulos na interface saúde/religião);
9. MCCALLUM e RODHEN (orgs.). *Corpo de saúde na mira da antropologia: ontologias, práticas, traduções*. 2015. (16 capítulos, 3 na interface saúde/religião).
10. RABELO, ALVES e SOUZA. *Experiência de doença e narrativa*. 1999. (9 capítulos, 4 na interface saúde/religião);
11. TAVARES e BASSI (orgs.). *Para além da eficácia simbólica: estudos em ritual, religião e saúde*. 2013. (16 capítulos, 4 na interface saúde/religião).

Com exceção da subárea da saúde indígena³, que também costuma abarcar reflexões sobre terapêuticas “tradicionais”, são raros os trabalhos que têm como objeto central a relação entre antropologia da saúde e da religião, embora muitos abordem essas questões no contexto de suas pesquisas. Considerando artigos em periódicos e capítulos de livros, encontramos apenas o trabalho de Armele Giglio-Jaquemot (2005), que destaca alguns desafios dessa relação (mas não apresenta um balanço bibliográfico), e o de Marcos Queiroz (1980), que faz um balanço da produção bibliográfica sobre medicina popular no Brasil. Questões sobre religiões e saúde também podem ser encontradas em coletâneas sobre corporalidade e “pessoa”, mas ainda assim a produção não é extensa: é o caso da coletânea de Ondina Leal (1995), com dois capítulos que tangenciam a interface saúde/religião: “O corpo nos rituais de iniciação no Batuque (ANJOS, 2005) e “O corpo na Quimbanda: contraponto entre eros e thanatos” (RODOLPHO, 2005). Tomando como referência a produção no Brasil, encontramos publicações específicas sobre antropologia da saúde e religião nos seguintes periódicos⁴:

1. Seção temática “Pesquisa: doença e cura”. *Religião e Sociedade* 5, 1980;

³ Não abordaremos esse campo de pesquisa pois excede em muito os limites deste trabalho.

⁴ Buscamos mapear essa produção desde o início da circulação dos principais periódicos de antropologia, mas em razão da dificuldade de acesso a alguns números mais antigos das coleções, talvez esse levantamento ainda possa sofrer acréscimos.

2. *Horizontes Antropológicos* 9, n. temático: Corpo, doença e saúde. (11 textos, 1 sobre cura divina), outubro de 1998;
3. Seção temática “Saúde, religião e corpo”. *Ilha*, Revista de Antropologia 7 (1 e 2), 113-124, julho e dezembro de 2005;
4. Seção “Artigos: Sagrado, candomblé e saúde”. *Debates do NER* 13 (22), 2012.

Pistas para um balanço da produção

Na interface entre saúde e religião, destacam-se os trabalhos sobre terapêuticas e processos de cura, que apresentam recortes disciplinares e interdisciplinares, cuja abrangência se estende para além das ciências humanas, englobando as ciências da saúde (com destaque para a saúde coletiva, medicina social; enfermagem; psicologia e psiquiatria); ciências da vida (biologia) e ciências ambientais. No campo das humanidades, as áreas que se destacam são a antropologia, história e ciências da religião.

No âmbito da antropologia, predominam os trabalhos que tomam as religiões como “ambiente” e a saúde como questão. Numa metáfora cartográfica, podemos sugerir que esses trabalhos localizam a ponta fixa do compasso nas religiões, para fazê-lo girar em torno da diversidade das formas de cura. Esse recorte, tradicional (no sentido da antiguidade das pesquisas) e bastante produtivo, de investigação das terapêuticas religiosas, tem como risco a “naturalização” dos lugares (templos, terreiros, igrejas etc.) e dos “especialistas” religiosos na investigação dos processos de aflição mediados por religiões. Uma outra “entrada” igualmente tradicional nesse subcampo reside na investigação das terapêuticas tradicionais ou populares: nesse caso, desloca-se o ponto fixo do compasso para uma “cultura” terapêutica (com seus especialistas) “genérica e estática”, com o movimento do compasso transitando pelas diferentes “influências” religiosas dos especialistas e pacientes. Esse deslocamento apresenta outras armadilhas, como, por exemplo, o risco de considerar as terapêuticas (e os terapeutas) como índices da tradição, imaginados como sobrevivências, exotidades ou mais recentemente transformados em “patrimônio imaterial” nas margens dos processos de modernização.

Armellhe Giglio-Jaquemot (2005) já apontava as armadilhas da reprodução de dualidades ocidentais ao se considerar apenas as situações terapêuticas explicitamente religiosas ou médicas. Para contornarmos essas naturalizações e dicotomias, resgatamos um comentário de Rodrigo Toniol (2013) a propósito do trabalho de Soraya Fleicher sobre parteiras (não oficiais) na região do Melgaço (Pará), onde esses problemas são explicitados:

Têm repercutido com certa frequência na produção das Ciências Sociais na última década críticas a perspectivas que estendem os supostos limites dos domínios sociais aos efeitos de poder das práticas, dos objetos e dos fenômenos “neles” inscritos. Trata-se de desconfiar das consequências reificantes de recomendações como “para falar de religião, vá até os religiosos”. Se uma das consequências teóricas de tais críticas tem sido o questionamento das fronteiras disciplinares, dos invólucros e dos campos sociais, do ponto de vista metodológico elas também têm contribuído para deslocar a atenção dos pesquisadores daquilo que é “propriamente” religioso, saúde, ciência etc. para as fronteiras, os interstícios e as práticas implicadas nos contextos observados. (TONIOL, 2013, p. 1).

Destacando a dimensão terapêutica no âmbito da bibliografia das interfaces entre saúde e religiões, podemos considerar as seguintes abordagens:

Terapêuticas religiosas

- Os trabalhos abordam as religiões afro-brasileiras (candomblé, umbanda, jarê, tambor de mina, jurema, xangô, batuque); espiritismos; pajelança e religiões amazônicas; catolicismo (tradicional e renovação carismática); religiosidades alternativas (religiões ayahuasqueiras, Nova Era e Nova Era “popular/terapêutica”, especialmente, Vale do Amanhecer e umbandaime) evangélicos (batistas, adventistas, testemunhas de jeová, IURD, casa da benção, deus é amor); religiões comparadas; religiões orientais.
- Além das pesquisas que tomam a religião como ambiente das terapêuticas (item acima), existem trabalhos que relacionam tais ambientes com outros temas: saúde pública; saúde mental; biomedicina; saúde da população negra; drogas; plantas medicinais; cidadania e classes populares.
- Nos trabalhos sobre “terapêuticas religiosas e plantas medicinais”, temos a quase totalidade de estudos no âmbito das religiões afro-brasileira (uma exceção sobre estudo etnobotânico em área rural protestante).
- Áreas disciplinares: predominância das ciências sociais (especialmente antropologia), seguida da ciência da religião, campo interdisciplinar da saúde coletiva e das variantes “etno” (etnobotânica e etnofarmacologia) circunscritas ao tema das “terapêuticas religiosas e plantas medicinais”.

- Os trabalhos recobrem temas e questões referentes a religiões específicas, não se destacando trabalhos sobre as “terapêuticas religiosas” em geral.

Terapêuticas Alternativas e/ou complementares

- Os trabalhos que têm como ambiência as religiosidades ou espiritualidades Nova Era referem-se a categorias amplas de “terapias ou medicinas ou práticas alternativas e/ou complementares”, e também a terapêuticas alternativas específicas (homeopatia, acupuntura e fitoterapia).
- Além das pesquisas que tomam as religiosidades Nova Era como ambiente das terapêuticas, também temos trabalhos que relacionam essas religiosidades com os seguintes temas: saúde pública (nesse caso, as terapêuticas são “renomeadas” como Práticas Integrativas e Complementares - PIC); a biomedicina; perspectivas comparadas; relação com campo psicológico; plantas medicinais.
- Áreas disciplinares: predominância da antropologia e do campo interdisciplinar da saúde coletiva.
- As áreas de pesquisa compreendem os seguintes Estados: Ceará; Pernambuco; Paraíba; Bahia; São Paulo; Minas Gerais; Santa Catarina; Rio Grande do Sul.

Terapêuticas Tradicionais e/ou Populares

- Nesse caso, temos prevalência de trabalhos que tomam como ambiência a “cultura popular” enquanto um “substrato” homogeneizante das práticas terapêuticas e dos especialistas.
- Além da ambiência, temos trabalhos que relacionam os seguintes temas: práticas terapêuticas e especialistas; saúde pública, relação com a biomedicina; plantas medicinais, minerais e animais; comunidades quilombolas.
- Áreas disciplinares variadas, estendendo-se para além das ciências humanas. Nos trabalhos sobre “práticas terapêuticas e especialistas”, há predominância das ciências sociais (especialmente antropologia). Por outro lado, nos trabalhos sobre “plantas medicinais” e sobre “comunidades quilombolas” existe maior variedade disciplinar: ciências sociais, biologia, educação, saúde coletiva, desenvolvimento rural, psicobiologia, história, meio ambiente, enfermagem, agronomia, botânica.

A partir das características dos trabalhos apresentadas acima, é possível observar afinidades entre fronteiras disciplinares e fronteiras empíricas, promovendo uma espécie de “repartição de competências” que empobrece nossas investigações nessa área. Identificamos três orientações disciplinares majoritárias que, no limite, acabam potencializando cisões entre os sujeitos, os corpos e os mundos:

- a) A antropologia (e, em menor escala, a enfermagem e a psicologia) detém-se na investigação dos processos de cura em suas dimensões individuais, familiares e comunitárias nos espaços religiosos e na cultura popular, envolvendo (até certo ponto) a corporeidade em seus processos endógenos (corpos e subjetividades);
- b) Os agenciamentos da cura que extrapolam as subjetividades ou crenças e que se espraiam nas relações com outros elementos do mundo, como a relação com plantas, animais e minerais, e ambientes constituem objeto de investigação de variantes “etno” das ciências da vida e da saúde: etnobotânica, etnofarmacologia, etnozootologia;
- c) As dimensões referentes ao espaço público e os aspectos estruturantes do sistema de saúde constituem objeto do campo interdisciplinar da saúde (saúde coletiva e medicina social) e em menor medida da antropologia.

Detalharemos um pouco os pontos “a” e “c” dessas “repartições” disciplinares, já que estes englobam a perspectiva antropológica que nos interessa neste trabalho. O primeiro ponto (ponto “a”) refere-se à produção antropológica:

1. As terapêuticas das religiões afro-brasileiras configuram o universo mais estudado, com maior número de trabalhos e diversidade de abordagens (especialmente a terapêutica em relação com a corporeidade). Ainda assim, sobressaem os trabalhos sobre terapêuticas no âmbito dos espaços religiosos e de seus especialistas, investindo menos esforços nas malhas terapêuticas que se delineiam **por entre** os espaços religiosos;
2. No catolicismo, destacam-se as investigações sobre terapêuticas no movimento carismático, com espaço para a questão da corporeidade. O enfoque está centrado nos espaços religiosos, seus especialistas e processos endógenos de cura (como também observado nas terapêuticas evangélicas). Por fim, nos trabalhos sobre religiosidades Nova Era sobressaem os aspectos da cura e transformações corporais e, mais recentemente, algumas pesquisas sobre as terapêuticas

alternativas no SUS, renomeadas como Práticas Integrativas e Complementares (PIC)⁵;

3. Além das terapêuticas religiosas, temos o campo plural e difuso das terapêuticas tradicionais e populares com seus especialistas: curandeiros e curandeiras, benzedores e benzedoras, rezadores e rezadeiras, parteiras, videntes, candomblezeiros e médiuns. Embora os trabalhos apontem que essas práticas não desapareceram, mesmo em abordagens recentes reificam-se os dualismos entre tradicional e moderno, enfatizando-se as “crenças” ou representações sem atentar para os outros mediadores envolvidos nesses processos (desde as corporeidades, os não humanos, passando pelos novos processos identitários, relações com o Estado, ONGs, etc.).

O ponto “c”, no qual também observamos trabalhos de antropologia, é a contraface de repartições disciplinares: de um lado, a investigação de processos terapêuticos no âmbito privado (individual e familiar) ou comunitário (das religiões); e, de outro, o gerenciamento de políticas de saúde no espaço público. Tomemos como exemplo a produção bibliográfica sobre a ESF no Brasil (que é extensa). A maioria dos trabalhos situa-se no campo da saúde coletiva. Ainda que sejam muito frequentes as referências a estratégias metodológicas qualitativas e/ou etnográficas, são raros os trabalhos antropológicos sobre o tema. No geral, os estudos mapeiam questões, dificuldades, desafios e estratégias de pesquisadores comprometidos em maior ou menor grau com a proposta mais ampla desse sistema. A partir da identificação de mais de 130 trabalhos nas bases de dados Scielo e Lilacs, entre os anos de 1995 e 2008, foi possível enquadrá-los em três perspectivas de pesquisa: a) problematizadora; b) avaliativa/propositiva; e c) resultados⁶. A primeira perspectiva, que compreende poucos trabalhos, toma o contexto da ESF como objeto de reflexão a ser problematizado. A segunda engloba trabalhos comprometidos mais explicitamente com a melhoria da ESF em suas diversas dimensões e que podem envolver tanto mediadores humanos (médicos, enfermeiros, ACS, outros profissionais, gestores, equipes em geral, família, comunidades etc.) como não humanos (tecnologias materiais e

⁵ Tomando o campo empírico da região do entorno da Baía de Todos os Santos (Salvador e uma parte do Recôncavo Baiano, campo de pesquisa das autoras), como um microuniverso dessas tendências podemos observar essas mesmas assimetrias (entre itens 1 e 2 citados acima). É de se esperar que nessa área sejam mais numerosos os estudos sobre religiões afro-brasileiras, o que de fato acontece, se comparados aos estudos sobre evangélicos (protestantes e pentecostais) e espíritas, que são escassos (sobre religiões minoritárias, encontramos apenas um trabalho sobre religião e saúde entre Adventistas do Sétimo Dia). Mas, mesmo entre os afro-brasileiros apenas recentemente as dimensões terapêuticas têm sido objeto de pesquisas.

⁶ Participaram desse levantamento os pesquisadores Fátima Tavares e Octávio Bonet, além dos bolsistas de pesquisa da UFJF: Ana Paula de Melo Lima, Flávia Vidal Magalhães, Luciano Padilha dos Prazeres, Michelle Gonçalves Rodrigues, Paula Guedes Bigogno e Sylmara Ribeiro de Oliveira Mendes.

instrumentais, modelos de operacionalização e gestão). Na última categoria, resultados, encontram-se trabalhos que buscam apresentar avaliações a partir da implementação, do impacto e da qualidade dos serviços oferecidos pela ESF (especialmente avaliações da satisfação dos usuários e consequências da implantação da ESF).

Por outro lado, apesar da repartição de competências decorrente das afinidades entre fronteiras disciplinares e fronteiras empíricas, tratada acima, podemos identificar movimentos que contrabalançam essa repartição:

- a) Diversidade nas abordagens teórico-metodológicas, especialmente no âmbito da antropologia, oferecendo aproximações conceituais que dialogam com os conceitos mais amplos da antropologia da saúde (saúde, doença e cura). Temos conceitos transversais à diversidade religiosa: “nervoso” e “perturbação físico-moral” (introduzido por Luiz Fernando Dias Duarte); “especialistas da cura do corpo e da cura do espírito” (Maria Andréa Loyola); “sofrimento”, “dor” e “sina” (de curar), “manejo terapêutico e comunitário” (Carlos Caroso, Núbia Rodrigues e outros); “racionalidades médicas” (Madel Luz); “itinerário terapêutico” e “experiência de aflição” (Mirian Rabelo; Paulo Cesar Alves; Lara Souza); “estudo de caso” (Tito Medeiros); “agenciamento terapêutico” (Fátima Tavares) e “narrativa” (todos os pesquisadores). Também temos conceitos ancorados em experiências religiosas específicas: “doença-desordem” (Paula Montero); “curas milagrosas” e “ordem social” (Delma Pessanha Neves); “cura divina” e “memória” (Simoni Guedes); “cura xamânica” e “pajelança cabocla” (Heraldo Maués, Angélica Maués, Gisela, Villacorta e outros); “espiritualidade terapêutica” (Fátima Tavares);
- b) Estudos antropológicos que buscam contornar as fronteiras empíricas das religiões e de seus lugares autorizados (os espaços religiosos e seus especialistas), propondo abordagens transversais às religiões e para além dos espaços religiosos. As pesquisas que confrontavam as terapêuticas religiosas e tradicionais com a biomedicina e com o poder do Estado (como, por exemplo, o estudo clássico de Maria Andréa Loyola e os trabalhos historiográficos em geral) vêm dando lugar a interfaces menos dualistas, entrando em cena questões de saúde pública, HIV, sexualidade, células-tronco, movimentos sociais e cidadania, movimento quilombola e

saúde da população negra, assistência hospitalar, saúde mental, drogas e qualidade de vida.

- c) Renovação do interesse pelas terapêuticas tradicionais e populares, além das terapêuticas recentemente consideradas complementares no âmbito do SUS, a partir da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, ambas de 2006 (medicina tradicional chinesa, homeopatia, fitoterapia e plantas medicinais, termalismo e cromoterapia, medicina antroposófica). Chama atenção especialmente a diversidade de trabalhos sobre terapêuticas religiosas, tradicionais, populares e complementares no âmbito da saúde pública (Saúde da Família, SUS e políticas públicas em geral);
- d) Destacam-se os estudos antropológicos mais recentes sobre saúde e religiões afro-brasileiras que transgridem as repartições de sujeitos, corpos e mundos, propondo maior comunicabilidade entre as crenças e os agenciamentos eficazes, bem como entre as terapêuticas dentro dos terreiros e seu espraiamento pelo espaço público. Essas interfaces apontadas acima incidem fortemente nesse campo de estudos: novas dimensões da saúde pública, saúde da população negra e quilombola, saúde mental, drogas e sexualidade, movimentos sociais, e cidadania; a corporeidade estendida à dimensão fitoterápica e das plantas medicinais (uso litúrgico e medicinal) propicia pontes interessantes entre estudos antropológicos e etnobotânicos.

Possibilidades

Os agenciamentos terapêuticos religiosos podem ser compreendidos como tramas por onde se constroem diferentes habilidades, no sentido de Ingold (2015). Utilizamos esse conceito indicando a necessidade de se perseguir os processos de cura enquanto tramas que se disseminam em muitas direções e que atravessam subjetividades, corpos e mundos. Com isso, queremos dizer que as diferenças não estão nas crenças dos adeptos. O modelo das “crenças” e “representações” compreende a “percepção” como algo localizado no interior da mente das pessoas, sendo conformada por diferentes padrões culturais. Nessa visão, as pessoas sentem, ouvem, veem as mesmas coisas, mas organizam esses “dados” de acordo com suas disposições culturais diferenciadas. Para contornar esse modelo, a outra possibilidade é nos perguntarmos como se processam essas diferenças. Para isso, é preciso

perseguir as tramas por onde se desenrolam as diferenças que estão disseminadas no ambiente, passando pelas “habilidades” dos corpos e mentes (num sentido alargado, para além do cérebro). Ingold vai dizer que as pessoas “notam coisas diferentes” (INGOLD, 2015, p. 324), ou seja, os mundos vão além do que a ideia de cultura (como algo dentro da mente) pode abarcar. A cultura não deve ser compreendida como diferentes formas de organizar os dados sensíveis, mas diferentes capacidades de notar o mundo. Assim, de modo análogo à ideia laturiana de que o social não pode ser um apanágio que tudo explica, mas que deve ser a inspiração da pergunta; também a cultura não pode ser a justificativa para a máxima de que as pessoas percebem diferentemente o mundo porque são culturalmente diferentes. O desafio é esse: o social e a cultura como perguntas e não como respostas.

Referências

ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. de S. (orgs.) **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1994.

ALVES, Paulo César; RABELO, Miriam Cristina. (orgs.) **Antropologia da Saúde: Traçando Identidades e Explorando Fronteiras**. Rio de Janeiro: Fiocruz; Relume Dumará, 1998.

ANJOS, J. C. G. dos. O corpo nos rituais de iniciação ao Batuque. In: LEAL, O. F. (org.). **Corpo e significado: ensaios de antropologia social**. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 1995. p. 139-154.

CANESQUI, A. M. Notas sobre a produção acadêmica de antropologia e saúde na década de 80. In ALVES, Paulo César; MINAYO, Maria Cecília de Souza. (orgs.). **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 13-32.

CAROSO, C. (org.) **Cultura, tecnologias em saúde e medicina: Perspectiva antropológica**. Salvador: EDUFBA, 2008.

DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (orgs.). **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

DUARTE, L. F. D. Pessoa e dor no Ocidente. **Horizontes antropológicos**, Porto Alegre, v. 9, p. 13-28, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ha/v4n9/0104-7183-ha-4-9-0013.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2016.

EVANS-PRITCHARD, E. E. **Bruxaria, oráculos e magia entre os Azande**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

FLEISCHER, S.; TORNQUIST, S.; MEDEIROS, B. F. de. (orgs.). **Saber cuidar, saber contar: ensaios de antropologia e saúde popular**. Florianópolis: Ed. da UDESC, 2009.

FLEISCHER, S.; FERREIRA, J. (orgs.). **Etnografias em serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

GIGLIO-JACQUEMOT, Armelle. A produção antropológica sobre a articulação saúde, religião e corpo: conquistas, ressalvas e perspectivas. **Ilha**, Revista de Antropologia, Santa Catarina, v. 7, n. 1,2, 2005. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ilha/article/view/1573/1340>> Acesso em: 18 out. 2016.

INGOLD, T. **Estar vivo**. Ensaios sobre movimento, conhecimento e descrição. Petrópolis: Vozes, 2015.

LANGDON, E. J.; FOLLÉR, M.-L.; MALUF, S. W. Um balanço da antropologia da saúde no Brasil e seus diálogos com as antropologias mundiais. **Anuário Antropológico**, n. 51-89, p. 51-89, 2012. Disponível em: <<http://aa.revues.org/254>> Acesso em: 3 out. 2017.

LATOUR, B. **Reagregando o Social**: uma introdução à Teoria do Ator-Rede. Trad. Gilson César Cardoso de Sousa. Salvador/Bauru: Edufba/Edusc, 2012.

LEAL, O. F. (org.). **Corpo e significado**: ensaios de antropologia social. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 1995.

LEIBING, A. (org.). **The medical anthropologies in Brasil**. Berlin: VWB, 1997.

_____. (org.). **Tecnologias do corpo**: uma antropologia das medicinas no Brasil. Rio de Janeiro: Nau, 2004.

_____. Sobre a antropologia médica, e muito mais... O corpo saudável e a antropologia brasileira. In: SAILLANT, F.; GENEST, S. (orgs.). **Antropologia médica**: ancoragens locais, desafios globais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 123-138.

LÉVI-STRAUSS, C. A eficácia simbólica. In: **Antropologia estrutural**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1996.

MCCALLUM, C. A.; RODHEN, F. (orgs.). **Corpo de saúde na mira da antropologia**: ontologias, práticas, traduções. Salvador: EDUFBA/ABA, 2015.

MINAYO, M. C. de S. Construção da identidade da antropologia na área de saúde: o caso brasileiro. ALVES, P. C.; RABELO, M. C. (orgs.). **Antropologia da Saúde**: Traçando Identidades e Explorando Fronteiras. Rio de Janeiro: Fiocruz; RelumeDumará, 1998.

QUEIROZ, M. de S. Estudos sobre medicina popular no Brasil. **Religião e Sociedade**, Rio de Janeiro, n. 5, p. 241-250, 1980.

RABELO, M. C.; ALVES, P. B.; SOUZA, I. M. A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

RODOLPHO, A. L. O corpo na Quimbanda: contrapontos entre eros e thanatos. In: LEAL, O. F. (org.). **Corpo e significado**: ensaios de antropologia social. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 1995. p. 155-164.

TAVARES, F.; BASSI, F. (orgs.). **Para além da eficácia simbólica**: estudos em ritual, religião e saúde. Salvador: EDUFBA, 2013.

TURNER, V. **Floresta de símbolos**. Niterói: EDUFF, 2005.

TONIOL, R. (Crítica) FLEISCHER, Soraya Resende. Parteiras, buchudas e aperreios: uma etnografia do atendimento obstétrico não oficial em Melgaço,

Pará. **Anuário Antropológico** [online], II, 2013, p. 271-275. Disponível em: <<http://aa.revues.org/547>>. Acesso em: 6 out. 2015.

CAPÍTULO 3

“Do meu jeito não funciona”: a ajuda mútua entre adictos

Rosa Virgínia Melo

Introdução

O texto a seguir baseia-se em pesquisa antropológica e tem como objetivo a análise do discurso acerca do método de tratamento baseado na definição da doença da dependência química em salas de ajuda mútua que também servem de apoio a uma comunidade terapêutica. De modo mais específico, discuto como definições científicas e populares em torno da nomeada doença são absorvidas, resignificadas e compartilhadas nas sessões de ajuda mútua inspiradas no modelo de tratamento de 12 Passos dos Alcoólicos Anônimos. A partir da análise de significados e valores atribuídos ao tratamento, aponto sua inspiração religiosa, e objetivo uma reflexão inicial acerca de relações entre valores religiosos no espaço público, no que diz respeito à saúde.

Investigar modos de definir adicção química como doença e propor seu tratamento vincula-se também ao estudo histórico de um hábito qualificado como negativo, ou seja, o uso imoderado de drogas, ao qual se atribui uma série de comportamentos considerados socialmente inadequados. A noção de doença da dependência química permite observar uma transformação do pensamento social em relação ao comportamento, decorrente de mudanças estruturais relacionadas ao desenvolvimento e hegemonia da medicina e sua relação com o conhecimento popular e noções jurídicas.

No bojo do projeto nacional “Crack, é possível vencer”, as Comunidades Terapêuticas - CTs que trabalham com internação voluntária passam a fazer parte da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (RAP-SUS) por meio da Portaria GM/MS nº 3.088/2011 enquanto Atenção Residencial de Caráter Transitório, classificada como equipamento social e não de saúde. A inclusão é atravessada por polêmicas e oficialmente justificada pela crescente demanda por tratamento da adicção química e limitados recursos metodológicos e humanos disponíveis nos serviços públicos de saúde. A medida prevê o funcionamento das CTs de forma articulada com a atenção básica e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

O uso problemático de substâncias foi definido como doença a partir do uso de álcool no século XVIII, por Benjamin Rush, médico, educador e político norte americano, que chamou a embriaguez crônica de doença progressiva em seu *An inquiry into the effects of ardent spirits on the human*

mind and body, de 1784, que viria a se tornar um clássico na literatura da temperança (BERRIDGE, 1994). Rush defende que, uma vez o apetite ou a fissura estejam fixados, a vítima perde o controle sobre a bebida. Haveria culpa pela bebedeira apenas nos estágios iniciais, antes do álcool tomar todo o comando. Seu ponto de partida era radicalmente distinto dos anteriores, pois introduzia questões biológicas na definição da embriaguez contumaz.

A literatura indica o século XIX como marco das relações humanas com as drogas, porque é nesse período que surge a identificação de uma doença causadora de um tipo de desordem da vontade e não mais como presença do demônio ou maldade. Nessa perspectiva, uma determinada conjunção de forças políticas, culturais e sociais deu hegemonia ao conceito de dependência química como doença mental (LEVINE, 1978; BERRIDGE, 1994). Assim, de modo semelhante ao surgimento da teoria da insanidade, emergiu a teoria da embriaguez crônica, como um conceito físico hereditário de um problema localizado no cérebro, composto por um tecido orgânico anormal que daria origem ao desejo irrefreável e destrutivo.

Nos anos 70 do século XX, começou a ser possível negar a condição de doente para o alcoolista ou toxicômano¹, sem implicar que ele seja mau. As abordagens apoiadas na comunidade enfatizam a questão como problema e não como doença. Se em tais abordagens o médico não ocupa posição tão preponderante, isso não significou, contudo, o deslocamento da hegemonia do discurso médico na área da saúde. Virgínia Berridge (1994) questiona se, nesse contexto, a transição foi meramente do discurso médico para o social ou algo mais complexo, onde “o modelo médico é transferido para a arena social”. De todo modo, segundo a autora, a linguagem da dependência de drogas deve ser inserida nas considerações das discussões de poder presentes na história social da linguagem (BURKE, 1987).

Não obstante as controvérsias e ambiguidades no campo da definição do uso imoderado de substâncias, os vários agentes dos conhecimentos produzidos nesse cenário compartilham aspectos moralmente implicados no tratamento e elaboram terapias voltadas para uma reconfiguração do cotidiano do usuário no sentido de torná-lo funcional no interior da vida social.

Em termos generalizantes, a figura do nomeado doente, dependente ou adicto, recobre condutas sociais indesejáveis, variáveis em grau, sob o prisma das perturbações do comportamento no interior de um quadro difuso, mais ou menos violento, de um histórico de rupturas de vínculos e expectativas quanto à responsabilidade pessoal, familiar e social do sujeito. Análise adiante como elementos biológicos, mas também espirituais e morais no tratamento em tela, definem e sustentam a metodologia terapêutica. No interior desta, o uso intensivo e o comportamento indesejado têm relações de

¹ Não farei, aqui, distinções entre as categorias.

continuidade, na medida em que o primeiro alimenta e potencializa o segundo, considerado ofensivo (GOFFMAN, 1978).

A modalidade ocidental, nomeada ajuda mútua, remonta a três organizações leigas norte-americanas focadas na relação entre indivíduo e comunidade. A primeira delas, Oxford Group, foi fundada em 1921, por Buchman, um ministro luterano e seus alunos de graduação na Igreja de Cristo, na Universidade de Oxford. O grupo foi inicialmente conhecido como The First Century Christian Fellowship e, nos seus anos finais, como Moral Re-Armament (ROBERTSON, 1988; DE LEON, 2003). A coalizão em torno da preocupação com diversas formas de comportamento causadoras de sofrimento humano, sobretudo o alcoolismo, serviram de inspiração para a posterior constituição da segunda das três organizações referidas, o Alcoólicos Anônimos (A.A.), em 1935.

O terceiro precursor da ajuda mútua, bem como da linhagem conceitual dos programas de comunidades terapêuticas na modernidade², é a Synanon, fundada em 1958 por Charles Dederich, que uniu suas experiências no A.A. e outras filosofias e psicologias para criar um “grupo de associação livre”. O grupo teve início em seu próprio apartamento, onde os membros participavam de um “jogo”, ao qual se creditava perceptíveis mudanças psicológicas (DE LEON, 2003).

A reconfiguração brasileira do que se conhece no mundo ocidental da psicologia e da psiquiatria como Comunidade Terapêutica, bem como na categoria de ajuda mútua, não será aqui analisada. Mas trata-se de discussão relevante para a compreensão dos contornos de um universo heterogêneo, inclusive no tocante ao cumprimento de requisitos em consonância com os preceitos dos direitos humanos (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011). A incorreção comum ao universo da CT, segundo alguns órgãos federais brasileiros, é o viés religioso das práticas terapêuticas obrigatórias aos residentes dessas comunidades, que recentemente foram reconhecidas e financiadas também pela esfera pública e começam a ser fiscalizadas.

Más condições de higiene e maus tratos físicos acompanham denúncias de transgressão aos direitos humanos nesse universo de práticas heterogêneas chamado comunidade terapêutica. Nessas circunstâncias, tais comunidades, caso recebam financiamento público, são descredenciadas, mas o mesmo não ocorre diante da injunção religiosa do projeto terapêutico. Contudo, é esse um contundente alvo de críticas oriundas de conselhos de categorias profissionais federais, como a psicologia e a assistência social, que interpreto como ações que configuram disputas políticas no contexto da percepção da laicidade do Estado.

² Projetos terapêuticos de cura dos excessos da alma e do corpo estão presentes na história da antiguidade, marcadamente com os essênios e seu programa ascético, ver De Leon (2003).

A partir do contexto pesquisado, penso os grupos de ajuda mútua ou autoajuda como categoria terapêutica que se organiza de modo dinâmico em torno de uma visão que identifica atos desviantes e propõe tratá-los tendo como fundamento a crença na capacidade individual de mudança, engendrada por uma metafísica de um “poder superior” ao alcance do indivíduo em relação específica com seus pares. Nesse relacionamento, sentimentos e habilidades são, idealmente, adquiridos através de um processo de adesão a uma prática ritualística, em sessões ou encontros dos membros e principalmente nas denominadas partilhas, narrativas de construção da condição de doente, do percurso necessário à recuperação, bem como acerca de conquistas e dificuldades na “adição passiva”, também nomeada “sobriedade”. Entende-se que para entrar em tratamento é necessário reconhecer a centralidade da abstinência na conquista da sobriedade. Durante a partilha, expressão oral ao mesmo tempo coletiva e individualizada, o membro constrói a memória de sua trajetória, revivendo-a como reforço de sua transformação pessoal.

A formação inicial do A.A. não recebia mulheres e usuários de outras drogas, contudo, nos anos 1950, surge o Narcóticos Anônimos, e as mulheres deixam de ser percebidas apenas no seu papel de cuidadoras e o leque de possibilidades da ajuda mútua se expande dentro dos grupos anônimos e fora dele. A ajuda mútua baseada nos 12 Passos do A.A. é ferramenta frequente do tratamento nas comunidades terapêuticas brasileiras.

Iniciados com a preocupação em relação ao uso problemático de álcool, os grupos de ajuda mútua hoje têm sua oferta de recuperação voltada para os chamados adictos ou dependentes químicos. A questão relativa à categoria de adição em pauta não se caracteriza somente pelo uso de substâncias, mas por um uso relacionado a uma reputada conduta social errônea, seja no âmbito privado e/ou público (FERREIRA, 2012). O modelo de *self help* ou *mutual help* difundido pelo A.A. atende aos diversos atos considerados adictivos, como comer, jogar, fazer sexo, comprar, amar etc.

Se dependência química é uma categoria da medicina, sua constituição nas salas pesquisadas, bem como na comunidade terapêutica, difere da medicina, porque extrapola a teoria de um mau funcionamento do cérebro, já que o ato descontrolado opera mediações também nas esferas metafísicas e morais. Assim, a teoria nativa expressa uma coalisão de explicações científicas e religiosas.

Os dispositivos da cultura e suas operações acerca da definição e tratamento da dependência química em determinado contexto social fornecem meios para refletir acerca das possíveis razões de sua popularidade. Sabemos que definições comunicam conteúdos, influenciam os modos de estabelecer as fronteiras simbólicas dos fenômenos e, portanto, influenciam o comportamento das pessoas. Apesar de as definições sobre dependência

química serem ambíguas, podemos afirmar a conjugação entre uso e risco de prejuízo.

No interior dos saberes científicos biomédico e psicológico, são diversas as definições de dependência química, combinando, de modo variado, fundamentos de ordem biofisiológica e/ou de ordem ambiental. Contudo, todas parecem pontuar uma visão de mundo moralmente implicada, contida em certas habilidades que, ao tratamento, qualquer que seja ele, importa recuperar. Assim, habilidades humanas caras à estabilidade social teriam sido perdidas em razão de defeitos na biofisiologia e/ou no ambiente social dos sujeitos acometidos da enfermidade.

A adição como doença abarca preceitos biofisiológicos, psicológicos, morais e metafísicos, em definições ambíguas e diversas, a depender da formulação, seja científica, jurídica, psicológica ou religiosa. As vertentes biofisiológicas, psiquiátricas, psicológicas e também as religiosas atuantes no debate da dependência química divergem quanto aos limites do tratamento, às formulações sobre Deus, bem como às fronteiras entre o usuário de drogas e o doente. Para além das diferenças de ênfase, os campos de conhecimento que compõem o universo de definição da dependência química comungam a importância central de valores sociais da família e do trabalho, que se encontrariam não devidamente introjetados por causa da ação da doença.

A dimensão biológica, no grupo pesquisado, o Núcleo de Atenção aos Toxicômanos e Alcoolistas (Nata), alude à hereditariedade sem deter-se nela e não prescreve medicamentos. A prioridade interpretativa da etiologia da doença recai sobre o espiritual e o caráter do sujeito, que sofreriam uma alteração em razão da genética, repondo a importância velada do biológico.

Interessa-me refletir mais profundamente sobre o que a doença retira e o que o tratamento repõe, a partir da percepção orientada pelo modelo de projeto terapêutico fundamentado nos 12 Passos do A.A. Dessa forma, compreender os valores internamente consagrados do tratamento permite auferir possíveis sinestias com valores populares, bem como com aqueles enfatizados pelo Estado em relação ao ideal de sujeito. Tais valores provocam controvérsias no campo da saúde, em virtude da laicidade do Estado compreendida como completa separação entre religiosidade e esfera pública³.

* * *

Opto por não adotar uma definição prévia do fenômeno da dependência química decorrente de um uso específico de substâncias psicoativas reputado como problemático, e sim por compreender o modo de

³ Para um debate acerca dos modelos de laicidade e limites da separação, ver Oro (2006), Oro et al. (2012) e Giumbelli (2014).

configurar e lidar com a questão a partir de um grupo de pares cuja proposta de recuperação aloja no sujeito três aspectos estruturantes da doença: a acusação, a aceitação e a transformação.

O lócus da coleta de dados para a presente discussão é, como já dito, um cenário de assimilação e adaptação dos 12 Passos do A.A. na ajuda mútua produzida no interior das salas do Nata, na Paróquia Santa Cruz Santa Edwirges, na Asa Sul de Brasília⁴. Salas e Comunidade Terapêutica foram fundados há três décadas por famílias de usuários intensivos de drogas, sendo, portanto, as relações familiares a característica marcante da compreensão nativa da questão das drogas.

Realizei a pesquisa que ancora as análises deste capítulo entre janeiro e agosto de 2014, em duas salas que formam o Núcleo de Ajuda aos Toxicômanos e Alcoolistas (Nata), a “triagem” e a “perseverança”, que atendem respectivamente neófitos e adeptos do tratamento⁵.

A sala da “triagem” introduz o sujeito na gramática local e seleciona os interessados em internar-se na Comunidade Terapêutica Fazenda do Senhor Jesus⁶, bem como aqueles dispostos a aderir ao tratamento nas salas e passar a integrar a “perseverança”. Nos bastidores do complexo terapêutico está a sociedade privada Servos - Sociedade de Empenho na Recuperação de Vidas. A mantenedora é composta por uma diretoria formada por 18 pessoas⁷, todas com relação próxima com usuários de substâncias psicoativas considerados problemáticos e que tiveram contato com a instituição.

As salas atendem à Comunidade Terapêutica Fazenda do Senhor Jesus, mas fazem um trabalho que independe da CT. Os voluntários da instituição entendem ser possível a adesão ao tratamento sem a necessidade de internação, pois esta, de acordo com um ex-presidente da Servos e ex-interno da CT, requer um perfil de sujeito já com algumas habilidades propícias à disciplina do regime de residência.

Além dos oito meses de frequência semanal nas salas, os demais contextos de pesquisa foram os seguintes: quatro encontros com o grupo de residentes na Fazenda masculina; entrevistas individuais com residentes, familiares e membros da diretoria; participação em dois encontros de visitantes aos residentes na CT; e uma reunião com a diretoria da Servos⁸. Nessas oportunidades, observei como, na estética e na linguagem do grupo,

⁴ Atualmente, as salas funcionam na Paróquia São José Operário, na Asa Norte do Plano Piloto de Brasília.

⁵ Para uma etnografia realizada também nas demais salas, as do Núcleo de Ajuda aos Familiares de Toxicômanos e Alcoolistas (Nafta), ver Melo (2016).

⁶ CTs religiosas no Brasil conformam um universo bastante heterogêneo, de notáveis variações do modelo ocidental detalhado em De Leon (2003).

⁷ No período da pesquisa, apenas secretária e motorista recebiam salário para o desempenho de suas funções.

⁸ Realizada no final de 2015, para compartilhar resultados de pesquisa.

atuam elementos de visões de mundo convencionais dos membros fundadores e dos voluntários. Para além da constituição historicamente baseada na formulação dos modelos clássicos da ajuda mútua, acima referidos, a inspiração religiosa dos membros da diretoria é católica.

A análise contemplou as variadas situações que envolvem sentimentos negativos originados por rupturas de expectativas, responsabilidades e demais vinculações familiares atribuídas ao comportamento do designado dependente químico. O frequente apoio das lideranças das CTs e da ajuda mútua⁹ às políticas proibicionistas parece ser decorrência de tais experiências encontrarem-se impregnadas de sentimentos pessoais de sofrimento individual e familiar pouco afeitas às considerações conceituais e políticas do debate público.

A postura que demoniza as drogas e defende o proibicionismo é frequente em diversas entidades de tratamento de cunho religioso. A fronteira entre usuários e comerciantes de drogas é fluida, sobretudo nas classes populares, o que torna o proibicionismo no interior de tais agências de cuidado um paradoxo. Pois, se, por um lado, comunidades terapêuticas sustentam o cuidado com o “ente querido” acometido da nomeada doença, por outro, a posição pública de suas representações políticas defende a criminalização daqueles de quem se propõem cuidar.

12 Passos e o SUS: sinergias morais

A temática da diversidade de modelos de tratamento do abuso de drogas no Sistema Único de Saúde não é objeto da presente discussão, mas incide sobre o contexto pesquisado, em razão da difusão da metodologia dos 12 Passos do A.A. também nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD). Não é incomum o encaminhamento informal de usuários para internação em CTs realizado por profissionais do CAPS AD, procedimento previsto pela Portaria GM/MS nº 3.088/2011 da RAPS.

O modelo do A.A., tão popular quanto controverso, é acionado em diversos espaços de acolhimento dos dependentes químicos. A presença dos 12 Passos no CAPS AD, aparelho de saúde elaborado no contexto da Reforma Psiquiátrica, não será aqui aprofundado, mas é preciso notar a ambivalência de tal participação, uma vez que desde os anos 1970 a abstinência de substâncias psicoativas, conforme preceito da ajuda mútua diante de problemas de autocontrole, tornou-se alvo de críticas das propostas de renovação no campo da saúde mental (LEVINE, 1978).

⁹ Não incluo aqui os grupos Anônimos, pois estes declaram-se alheios às polêmicas públicas, refiro-me aqui à Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT). Curiosamente, na reunião com a Diretoria da Servos, acima referida, membros mostraram-se surpresos com a posição criminalizante da Federação.

Não obstante o *status* inferior da ajuda mútua no campo da saúde em relação à ciência, e polêmicas quanto ao estatuto dessas entidades, atualmente algumas comunidades terapêuticas compõem o contexto institucionalizado das políticas públicas federais voltadas aos cuidados dos usuários abusivos de drogas no Brasil. Peças fundamentais do processo de inclusão das CTs no SUS são o Decreto nº 7.179/2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas; e a Reunião da Diretoria Colegiada nº 29/2011 da Anvisa, que permite no nível federal o financiamento das CTs, incorporando-as ao Plano. Em seguida, a regulamentação das entidades privadas incluídas no SUS, financiadas pelo Ministério da Justiça, foi discutida em Minuta do Conselho Nacional de Drogas (Conad) da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas/MJ em 2014, rejeitada por diversos órgãos de representação de especialistas da área, como, por exemplo, o Serviço Social, Conselho Regional de Psicologia/SP, Núcleo Especializado de Cidadania e Direitos Humanos da Defensoria Pública de São Paulo, entre outros. Não obstante as oposições, o marco regulatório das Comunidades Terapêuticas foi aprovado em 6 de maio de 2015.

Tal medida governamental aquece o debate por modos legítimos de tratamento da dependência química, pois desloca os profissionais da saúde e da assistência social enquanto detentores exclusivos do saber, instituindo os atores sociais dos grupos de ajuda mútua e das comunidades terapêuticas como agentes de tratamento. Dessa forma, entendo que o conceito de dependência química está inserido em contexto de disputas pelos meios legítimos de cuidados dos usuários e revela um cenário inserido no conceito de campo, ou seja, de disputas quanto aos legítimos peritos do corpo e da cura na modernidade (BOURDIEU, 1990).

A linguagem da doença no Nata, a partir de sua ferramenta metodológica central, os 12 Passos, foge aos determinantes da racionalidade biomédica e expressa sua especificidade por meio da aposta central, mas não exclusiva, na conexão com “o poder superior”, imprescindível ao programa de recuperação de condutas desviantes da moralidade sancionada pelo código social dominante (MELO, 2016). O campo de reprodução do modelo de 12 Passos baseia-se intensamente na chamada literatura de Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos, de acordo com a qual Deus teria escolhido entre os marginalizados pelo uso excessivo de álcool e outras drogas seus legítimos veículos para demonstrar a força da ligação com o divino e com o grupo de pares, forças essas capazes de levá-los à recuperação (ROBERTSON, 1988, GRANDFIELD; CLOUD, 1999).

A adesão ao tratamento requer do sujeito a aceitação do rótulo de doente e a disposição para expor-se pessoalmente no trabalho emocional em grupo. A adesão a um comportamento moralmente condicionado não é um processo espontâneo, tampouco decorrente da hipostasia do sujeito, mas se

trata de uma disposição individual processada por meio de ações coletivamente induzidas na direção de uma transformação. Tal transformação traduz um emaranhado de forças familiares e religiosas implicadas na atuação de um ato que se impõe com uma violência repressora ao desejo de usar, qualificado de “insano”. Posteriormente, o “adicto em recuperação” passa a “trabalhar seus defeitos de caráter”.

A experiência do Alcoólicos Anônimos, surgida nos EUA, nos anos 30 do século XX, expandiu-se e diversificou-se largamente no mundo ocidental, em dinâmicas rituais que reinventam a noção de adição como doença estabelecida de modo distintivo no século XIX. A ausência de consenso na literatura sobre a definição do conceito de dependência, doença da dependência ou adição (BERRIDGE, 1994; BABOR, 1994), não é obstáculo para a difusão e popularização da ideia de uma “doença incurável, progressiva e fatal” e cujo tratamento requer a abstinência, discurso típico do A.A.

Segundo Granfield e Cloud (1999), o discurso do Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos difundiu-se graças a uma propaganda eficaz de um grupo solidário e coeso em torno da noção de doença e da convicção em tornar a abstinência a única solução para a adição. No livro *Coming clean: overcoming addiction without treatment*, os autores analisam casos de recuperação sem tratamento de abusos de drogas que não incluem abstinência total de psicoativos. Contudo, a abstinência foi adotada na maioria dos casos, mesmo que sem adesão a qualquer tratamento. Segundo os autores, fundamental à nomeada remissão natural da adição é a adoção de estratégias para modificação no estilo de vida, nos moldes de uma conversão, impulsionadas por práticas religiosas e envolvimento intenso em papéis institucionais associados à educação, trabalho e vida comunitária.

A ênfase sobre a “abstinência”, no Nata, como pedra de toque do método, não significa, nos termos da minha interpretação, sua solidez ou verdade inequívoca. Talvez possamos depreender disso justamente o contrário, a percepção de sua instabilidade como impulso para a insistência no desempenho do papel do adicto em recuperação.

Em consonância com esse prisma, a fixação dos sentidos da doença e a ênfase nos aspectos negativos da conduta do sujeito podem ser correlacionadas à operação do evangelismo pentecostal que mantém o “pecado” no centro da linguagem, para então entretecer com o “vício” relações rituais de rejeição (ROBBINS, 2004) da doença através da abstinência. Tal busca em atingir uma transformação da situação, e não da condição, ocorre através de uma incorporação de recordações que apontam, com violência, relações consideradas destituídas de poder sobre si e o baixo *status* do sujeito no mundo quando de sua “adição ativa”¹⁰.

¹⁰ Os dois aspectos temporais da cronicidade da doença dividem-se em fase ativa e fase passiva.

O sentimento de vida degradada faz pensar os valores do controle social espelhados no método, que oferta uma reinserção social a partir da introjeção de comportamento adequado, normal e necessário. A reprodução do dever nas reuniões de ajuda mútua evidencia como macroprocessos culturais e políticos se traduzem na dinâmica social da proposta terapêutica.

O modelo de tratamento que insiste, com a mesma ênfase, na doença e na recuperação, visa fixar o movimento desejado entre ambas, baseado na noção de identidades totais, essencializadas sob o primado da moral. A centralidade da doença como categoria opera através da percepção de um regime hierárquico de oposições que habitam o sujeito. Numa interpretação rústica e acessível de conhecimentos intelectualizados que versam diferentemente sobre dualismos humanos (DURKHEIM, 1996; FREUD, 2005), as fronteiras do pensamento nativo se estabilizam na tensão entre desejo e contenção.

A proposta de estabilidade anunciada na “transformação do estilo de vida” dá-se em meio à tensão inelutável de uma identidade que não se desvincula de uma condição problemática, mas, sob os atributos de um comportamento “sóbrio”, característico da “recuperação”, o sujeito garante sua reintegração social. Tais atributos de mentalidade e comportamento referendam um conjunto de recursos de suporte e regulação coletivos capazes de alavancar o lugar social do sujeito. O indivíduo em relação com a comunidade de sentido sente-se capaz de superar obstáculos à assimilação dos instrumentos requeridos às metas do tratamento, ou seja, os ideais imantados no mundo das competências sociais.

O modelo de terapia do Nata: alguns princípios

O grupo Alcoólicos Anônimos surgiu pela ação de dois bebedores norte-americanos que se conheceram através do Grupo Oxford, anteriormente mencionado. Bill Wilson e Dr. Bob identificaram-se como dependentes químicos e entraram em recuperação durante participação nesse grupo. Decidiram dedicar-se à recuperação de outros bebedores problemáticos, o que os teria movido a fundar o Alcoólicos Anônimos, no ano de 1935, autorrepresentado como laico.

Como já dito, a adesão aos 12 Passos do Alcoólicos Anônimos nos grupos de ajuda mútua tem início com o reconhecimento da impotência do sujeito perante a substância, e termina com a experiência do despertar espiritual e da transmissão da mensagem de recuperação. Os Passos 1 a 3 reportam-se à passagem de uma situação prévia de negação do problema ao reconhecimento da impotência para lidar sozinho com ele. A potência individual é dilatada pela entrega a um “poder superior”, de acordo com as crenças do sujeito. A fase intermediária, Passos 4 a 9, marca um intenso

autoexame, esforço de autocorreção e socialização. A continuidade no programa é fortalecida nos Passos 10 a 12, através do compromisso, da humildade e na ajuda ativa a outras pessoas.

Na metodologia do A.A., o “poder superior” é a dimensão capaz de levar o sujeito a alcançar a almejada força de vontade para não “usar” e, posteriormente, entrar em “sobriedade”, objetivo perseguido. “Abstinência” e “sobriedade” não é a mesma coisa, configurando uma continuidade nas etapas necessárias ao sucesso do tratamento. Tal conquista, propiciada inicialmente pelo reconhecimento e submissão voluntária ao “poder superior”, é condutora de um “autoconhecimento”. Portanto, a dimensão subjetiva almejada encontra-se em referência à relação com “o poder superior”, ou seja, ultrapassa o sujeito autocontido, de acordo com suas concepções metafísicas.

Defendo que os 12 Passos, como uma gramática de transformação de vida, sustentam-se em dois princípios, ou dogmas: há o bem e há o mal, e o ser tem o livre arbítrio de escolher entre esses dois caminhos. A “escolha” ou “conscientização” coloca-se como princípio da adesão ao tratamento. Os elementos da “escolha”, uma vez analisados, revelam uma relação complexa com os conceitos de autonomia e heteronomia diante da ação do sujeito.

Os membros do Nata entendem que a busca comprometida com a transformação ocorre quando o sujeito chega ao chamado “fundo do poço” e, seguindo a lógica individualizada, “cada um tem o seu”. O fundo do poço, sob leitura interna, é o clímax de um quadro de rupturas e sofrimento e, ao atingi-lo, só pode o sujeito fazer o percurso inverso, ou morrer. Assim, a imagem evoca a morte biológica ou social e também o renascimento, este último devido a uma procura por saber de si, o “autoconhecimento”.

É unânime, no interior do grupo do Nata, bem como no interior dos grupos Anônimos, a ideia de uma dificuldade em manter-se “abstinente” fora do contexto do tratamento, pois é árdua a exigência de fidelidade à categoria de “sobriedade” diante dos desafios cotidianos do “mundão”. O ato moral que coroa uma série de outros atos também morais é enaltecido no grupo e não está restrito ao não “uso”, pois refere-se a um código moral englobante de atitudes cotidianas, haja vista a existência do “bêbado seco”, ou seja, o adicto que, sem “usar”, já “recai em atitudes”.

Carregada de pressupostos morais, a “sobriedade” incide na mente e no corpo, constituindo um “entranhamento físico-moral” (DUARTE, 2006) que remete a uma noção de consciência de si constante, traduzida na vigilância destinada à manutenção de hábitos disciplinares. O cotidiano regulado é expresso e reproduzido no jogo da partilha como um desafio a ser vencido a cada dia, imantado no “só por hoje”. Começar “a se conhecer” é posto como uma incitação a que o sujeito experimente um antídoto ao quadro de miséria humana onde se encontra. O dizer local do “saber quem você é” depende da abstinência e objetiva um estado protegido do impuro poderoso de Durkheim

(1996), as “insanidades” em oposição a uma interioridade divinamente delineada da “sobriedade”.

A compreensão dos jogos de linguagem aí operados fixa uma dupla imagem da identidade estigmatizada, posto que tais jogos pretendem agir como catapulta para a recuperação. Afirmar-se doente nas partilhas é afirmar o desejo de transformação, de “autoconhecimento” e aderência aos padrões de regulação moral do sujeito contemporâneo. Daí o tom de gratificante desafio com que os “perseverantes” afirmam a condição de “doente” e o objetivo de tornarem-se figuras exemplares. O ritual, assim, conserva sua capacidade de operar inversões de sentido e inspirar para a ação (TURNER, 2005).

Vemos, portanto, o sentido do tratamento constituir-se numa teia de valores que transitam entre perspectivas totalizantes e individualizantes, hierarquicamente construídas, pois a liberdade de escolha em frequentar as salas ou internar-se é situada no domínio individual. Assim, a tônica do tratamento é ambivalente, uma vez que o apoio que o sujeito encontra no grupo de ajuda refere-se a uma decisão pessoal, ou seja, “entrar em abstinência”. Portanto, a adesão ao tratamento de recuperação da dependência química figura como autodeterminação na conquista dos valores positivamente sancionados pela coletividade, o que enfatiza o modo ambivalente com que opera o método.

Do ponto de vista dos valores expressos nos 12 Passos, identifico a injunção do todo, pois, nele, está implicada a noção de igualdade necessária à autoidentidade do dependente químico. Tal noção de igualdade despreza diferenças de trajetórias pessoais no percurso até o considerado “fundo do poço”; considera imprescindível a assunção da impotência perante a substância de uso problemático e a rendição ao princípio ou força divina, imprescindível ao fortalecimento do sujeito em oposição ao “uso”. Por conseguinte, a preceptoria é central para a entrada do sujeito no tratamento através de um método que prescreve a ação social redentora de uma subjetividade defeituosa axiada por padrões de comportamento dados pelos valores da família e do trabalho.

Por outro lado, a linguagem dos 12 Passos aposta numa visão da interioridade, pois as razões da “doença da adição” habitam o sujeito e também nele jaz a determinação pessoal e intransferível daquele investido do “firme propósito” de transformar-se, de reverter, ele mesmo, a situação. Se, de acordo com o método, a predisposição à doença é involuntária, em razão dos elementos biológicos, os envolvidos devem desenvolver uma conscientização para transformar a situação, quando toma volume o desenvolvimento da espiritualidade. Entendida como habilidade relacional, sobretudo no âmbito das relações familiares e emocionais, o desenvolvimento

da espiritualidade traduz-se em reconhecimento subjetivo do aspecto moral da enfermidade, requisito para a ação individual desejada.

Diante disso, vemos como a axialidade da interioridade ou individualidade não configura a categoria relacionada à ideologia do individualismo moderno (DUMONT, 2000), que ressalta o valor de um sujeito contido em si mesmo. Pois, no contexto em tela, a interioridade remete a uma decisão pessoal de aderir aos valores morais coletivamente sancionados.

As linhas mestras de funcionamento do programa do complexo terapêutico são verdades discursivas que permitem criar um sentido ambivalente e produtivo entre autonomia e preceptoria por parte dos que aderem ao programa. A ética que conduz a ação do novo estilo de vida do “adicto em recuperação” depende da escolha individual de um conjunto de valores e práticas derivadas de um sistema híbrido gerador de micropolíticas do comportamento. O programa do complexo terapêutico reproduz modos de pensar a saúde que não são exatamente tradicionais, aí onde jaz sua complexidade e possibilidade de comunicação com uma parcela da população.

São as relações entre os elementos valorizados no método e o *ethos* da clientela preferencial que possibilitam a eficácia dos jogos de linguagem dos aderidos ao método, mesmo que por períodos de tempo variados. O aporte da perspectiva de análise aqui adotada está no entendimento de condições prévias da vida social do “perseverante”, ou seja, valores em comum do pensar e agir que guiam a vida coletiva e que tornam possíveis a adesão à produção de um certo ideal por parte dos membros do grupo (DURKHEIM, 1996).

À guisa de conclusão

O título do capítulo refere-se à entrega religiosamente orientada, onde o adicto em tratamento torna-se um convertido que valoriza o cumprimento de desígnios superiores ao seu próprio desejo, portanto alguém que se submete às regras morais do trabalho e da família porque assim decide. Se a noção de escolha não escapa ao valor atribuído às relações socialmente fundadas, o novo sujeito “recuperado” foge de alguns aspectos das representações do indivíduo como noção de pessoa moderna contemporânea.

Aquele em recuperação atribui a deus a sua boa vontade em ser “uma pessoa melhor”, ou seja, no sentido maussiano, uma unidade socialmente investida de certas significações sob configurações de valores tradicionais da noção de pessoa. Em sua fase passiva, o adicto passa a buscar a efetivação dos ideais morais que lhe atribui uma cultura, cujas fronteiras do eu são relacionais e socialmente determinadas. A pessoa, como aquela que decide entrar em recuperação, não o faz em virtude de sua autonomia, liberdade, autodeterminação e singularidade, mas ao entrar em contato com uma força

ou poder superior a ele mesmo, seja Deus, seja a coletividade (DURKHEIM, 1996), ambos imantados nos programa de ações de 12 Passos.

O caráter cristão e, portanto, evangelizador dos 12 Passos do A.A., e os tratamentos inspirados nesse modelo, tem sua eficácia e reprodução garantidas por uma habilidade gramatical de se apropriar de discursos seculares contemporâneos (HERVIEU-LÉGER, 2008) e transformar o outro e a si, sem deixar de ser ela mesma, uma religião. Aqui o cristianismo tem continuidade sem templo e sem sacerdote, mas em salas, geralmente cedidas por paróquias, onde ocorre o ritual das partilhas entre os que se consideram iguais diante da dificuldade da injunção da autorregulação moral socialmente prevista.

O conhecimento científico tem, na área da saúde, um de seus campos mais operativos (DUARTE, 2000), e a reflexão apresentada analisou aspectos convergentes entre formulações médicas e religiosidade, permitindo trânsitos entre a ciência e o popular acerca da noção de dependência química.

Apesar de algumas divergências entre práticas médica e terapias religiosamente orientadas da nomeada doença, há a convergência quanto à classificação do problema, não obstante controvérsias quanto à etiologia e ausência de entidade nosológica.

Para além de certezas biológicas, a noção de doença permite definir aspectos centrais do que seria um comportamento saudável do sujeito social, e as fronteiras definidas desse sujeito recebem o interesse do Estado diante dos modos de tratamento da dependência química. Desse modo, a discussão realizada procura inserir-se no debate do *habitus* da saúde no Brasil, historicamente atrelado às práticas de cura religiosa (MONTERO, 1985; ORO, 2006). No contexto sobre o qual nos debruçamos, o problema passa a existir, para alguns, quando o Estado reconhece tais práticas como legítimas no âmbito de trocas de bens simbólicos, econômicos e jurídicos.

No cenário aqui considerado, a reprodução da relação saúde, crença religiosa e política não se dá sem conflitos, em razão do lugar ocupado pela noção de laicidade no contexto da modernidade. A presença dos 12 Passos no circuito da saúde pública, no Brasil, constitui um evento expressivo para a análise da continuidade da prática da cura pela fé, bem como do valor do comportamento moral nas searas do corpo, da família e do trabalho.

Referências

- BERRIDGE, V. Dependência: história dos conceitos e teorias. In: EDWARDS, G.; LADER, M. **A natureza da dependência de drogas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- BURKE, P. Introdução. In: **The Social history of language**. Cambridge: Cambridge University Press, 1987.
- DUARTE, L. F. D. Person and psychologization in Brasil: a study in moral regulation. **Journal of latinamerican anthropology**, v. 4, n. 2-5(1), p. 142-171, 2000.
- DULLO, E. Paulo Freire, o testemunho e a pedagogia católica. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 29, n. 85, p. 49-61, 2014.
- DUMONT, L. **O individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna**. Rio de Janeiro: Rocco, 2000.
- DURKHEIM, E. **As formas elementares da vida religiosa**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.
- FERREIRA, C. B. de C. **Desejos regulados: grupos de ajuda mútua, éticas afetivo-sexuais e produção de saberes**. 2012. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.
- FREUD, S. **Totem e tabu**. Rio de Janeiro: Imago, 2005.
- GIUMBELLI, E. **O fim da religião: dilemas da liberdade religiosa no Brasil e na França**. São Paulo: Attar, 2002.
- GOOFMAN, I. Sintomas mentais e ordem pública. In: FIGUEIRA, S. (org.). **Sociedade e Doença Mental**. Rio de Janeiro: Campus, 1978.
- LEVINE, H. G. The Discovery of Addiction: Changing Conceptions of Habitual Drunkenness in America. **Journal of Studies on Alcohol**, p. 493-506, 1978.
- MELO, R. V. Crack: doença e família na lógica da ajuda mútua. In: SOUZA, J. (org.). **Crack e exclusão social**. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2016.
- MONTERO, P. **Deus na aldeia**. Missionários, índios e mediação cultural. São Paulo: Globo, 2006.
- _____. **Da doença à desordem**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- ORO, A. P. Religião e Política no Brasil. In: _____. (org.). **Religião e Política no Cone Sul: Argentina, Brasil e Uruguai**. São Paulo: Attar, 2006.
- ROBBINS, J. Pluralismo religioso e pluralismo de valores: ritual e regulação da diversidade intercultural. **Debates do NER**, Porto Alegre, ano 15, n. 26, 2014.
- TURNER, V. **Floresta de Símbolos – aspectos do ritual Ndembu**. Niterói: Ed. da Universidade Federal Fluminense, 2005.
- WEISS, R. 2013. Do mundano ao sagrado: o papel da efervescência na teoria moral durkheimiana. **Horizontes antropológicos**, v. 19, n. 40, p. 395-421, 2013.
- WEBER, M. **A ética protestante e o espírito do capitalismo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

VELHO, G. **Nobres & Anjos**: um estudo de tóxicos e hierarquia. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2008.

CAPÍTULO 4

Processos de alcoolização e itinaerações na busca de cuidados: considerações sobre as itinaerações de pesquisa

Eduardo Tadeu Brunello

Introdução

O objetivo deste capítulo é revisitar a minha dissertação de mestrado intitulada *Alcoolismo e Redes terapêuticas: Uma análise antropológica sobre grupos de ajuda mutua na cidade de Londrina/PR* e explorar alguns procedimentos analíticos realizados na articulação com a pesquisa de campo. Adicionalmente, objetivo demonstrar como o recorte do objeto pôde alicerçar algumas bases para o redirecionamento e a ampliação da minha pesquisa de doutorado (em andamento), visto que, se a pesquisa anterior se concentrou nos processos de saúde/doença e práticas terapêuticas entre os grupos de Alcoólicos Anônimos (AA), a iminente explorará os processos de alcoolização (MENÉNDEZ, 1982) e as itinaerações na busca de cuidados (BONET, 2014) criadas por atores que supostamente têm problemas com a bebida.

Para tanto, uma nova frente etnográfica foi selecionada para os desdobramentos desta pesquisa, a saber, os Consultórios na Rua de João Pessoa/PB – projeto desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) em convênio com o Ministério da Saúde (MS). Os Consultórios na Rua, fundamentalmente, realizam interações com pessoas em situação de rua e/ou conjuntura de vulnerabilidade social e têm como diretriz de ação a política de redução de danos. Tal política, por sua vez, busca criar um processo dialógico e de vínculo que possibilite aumentar as práticas de cuidado. A ideia de cuidado será relativizada no decorrer do texto. Momentaneamente, indico que ela deve ser apreendida como uma noção situacional, flexível e, por vezes, contraditória, o que faz com que as estratégias de negociação só sejam identificadas em seus movimentos e fluxos de operação. Pelo caráter itinerante dos Consultórios na Rua, vislumbrei a possibilidade de realizar inserções etnográficas junto a essas equipes para, justamente, explorar esses fluxos de operação, a multiplicidade de agenciamentos e tomadas de decisão dos atores dito alcoolistas na avaliação (ou não) de uma “situação problema” e as práticas dela decorrentes.

Seguramente, esta análise esta calcada na relativização da alcoolização como um fenômeno biológico/universal e na abertura de espaços que incluam a mediação sociocultural do fenômeno. Logo, investigar as estratégias e itinaerações de cuidado (criadas e improvisadas pelos atores) expõe a necessidade de compreensão de que não há um padrão de escolha

orientado por uma lógica hierárquica. Enfaticamente, o que os leva a seguirem determinados fluxos passa por um processo transversalização de discursos, práticas e saberes que só a análise empírica pode determinar.

Neste prisma, pensei em realizar um texto em espiral, que busque colocar em perspectiva diversas configurações de movimento sobre a alcoolização. Por conseguinte, apresento alguns pontos de partida emergentes na minha pesquisa sobre os AA e elucidado para onde as itinerâncias de pesquisa estão me levando.

Apresentação da etnografia nos AA

A pesquisa de mestrado, de cunho etnográfico, foi realizada em 3 grupos de AA de Londrina/PR e contou com a observação participante e entrevistas semiestruturadas como forma de coleta de dados. Os grupos pesquisados localizavam-se em distintas regiões da cidade e apresentavam uma média de 12 pessoas por reunião, sendo que a faixa etária variava entre 30 e 70 anos¹¹. Como parte dos procedimentos metodológicos, foram utilizados nomes fictícios para respeitar a o anonimato e a ética em pesquisa, objeto de diversos impasses nas discussões antropológicas contemporâneas, particularmente aquelas que dialogam com a área da saúde.

Tal pesquisa objetivou analisar como os atores se identificavam enquanto alcoolistas e como tal atribuição marcava o repertório de vida dessas pessoas que se propunham à abstinência total da bebida alcoólica. Para os AA, o alcoolismo é uma *doença incurável de base física, psíquica e espiritual* (que é moral em seu sentido lato). Por conseguinte, a partir da investigação empírica, foi possível apreender que, por mais que a noção de doença destes grupos englobasse a ideia de uma anomalia física individual que necessitava ser controlada, as representações e narrativas durante as reuniões ritualizadas dos AA contrastavam com a noção de pessoa proveniente do campo ideológico do individualismo moderno (DUARTE, 1988; DUMONT, 1993).

A desestabilização das relações sociais, essencialmente nas configurações familiares e laborais, era significativa para os atores na apreensão do que é “estar adoecido”. Deste modo, frequentemente articulava sentidos e significados atribuídos ao alcoolismo capaz de organizar a noção de pessoa de uma forma “holista”, isto é, que sobrepujava o plano do indivíduo e fazia revelar uma doença social e/ou “doença da família” (CAMPOS, 2003).

Adicionalmente, categorias e representações como *encosto, fraqueza de espírito, mas influências, infortúnio, problemas espirituais, orgulho, arrogância, irresponsabilidade, egocentrismo, delírios, compulsão,*

¹¹ Foi observada a presença majoritária de homens nas reuniões e um misto de participantes de camadas populares e média.

dependência do álcool, entre outras, também foram indicativas de uma concepção de doença que contrastava com aquela balizada pelos saberes biomédicos hegemônicos. Na realidade, a observação empírica indicou que não se tratava de excluir os efeitos físico-orgânicos individuais do consumo rotineiro e dito abusivo do álcool como parte do repertório da noção êmica de doença, mas da ocorrência de uma espécie de bricolagem que compunha o seu enredo e suas formas de identificação. Efeitos físicos e morais (espirituais) operavam na interpretação da dita patologia (como nas representações supracitadas) e, conseqüentemente, na forma como eram criadas e traçadas as estratégias terapêuticas.

Nesse sentido, a opção teórico-metodológica das perturbações físico-morais, proposta por Luis Fernando Dias Duarte (1988) ao analisar a categoria do *nervoso* entre as classes trabalhadoras urbanas, mostrou-se bastante pertinente e eficaz para interpretar a noção de doença entre os AA, visto que, entre outras preposições, ela foi capaz de desessencializar uma noção de doença racionalista que tem por eixo fundamental a separação cartesiana entre a mente e o corpo. Aos moldes de Edmilson Campos (2003), um estudioso dos AA em São Paulo, foi possível identificar nos AA o alcoolismo em seu deslizamento “sintomático” entre as esferas físicas e morais:

Trata-se, portanto, de uma série de “sintomas” físicos/orgânicos, tais como: “tremores”, “alergia”, “hipertensão”, “cirrose”, “ressaca”, “náuseas”, “delirium tremens” e “perda da memória” e também de uma rica quantidade de expressão de sintomas “morais”, relacionados tanto ao “estado de espírito do alcoólico” como ao conjunto de relações sociais nas quais o alcoólico está envolvido, notadamente na “família” e no “trabalho”: “egoísmo”, “orgulho”, “onipotência”, “ressentimento”, “perda dos amigos”, “perda da família”, “perda do trabalho”, “sarjeta moral”, “sarjeta profissional” e “doença da família”. (CAMPOS, 2003, p. 8-9).

Neste viés, ao relativizar o alcoolismo como doença e analisando-o enquanto “perturbações físico-morais”, tornou-se possível problematizar o discurso que o colocava deterministicamente como uma anomalia orgânica/genética que se pretende universal. O intercruzamento analítico da noção de pessoa e o conceito de “perturbações físico-morais” auxiliou-me no alicerce de uma discussão que abrisse o leque da sentença que afere o alcoolismo como “individual/universal/racionalista/causa única”, em detrimento da possibilidade de um campo de compreensão “cultural/coletivo (grupal)/multifatorial” (LANGDON, 1999, p. 2).

Através deste fio condutor, outras duas questões-chave surgiram para compor a trama analítica da dissertação no que diz respeito à terapêutica dos

AA: as *práticas ritualizadas e a dádiva na contemporaneidade*. Isto porque, contrapondo-se ao modelo ancorado em processos de medicalização e internamentos, verifiquei que a plataforma dos AA era centrada no Programa dos 12 Passos e nas trocas de experiências sobre o consumo dito abusivo de álcool que, por sua vez, tinham operadores simbólicos heurísticamente essenciais para a recuperação.

Pautados nos 12 Passos, no Programa das 24 horas e/ou no PHN (Por Hoje Não [Beberei]), os membros dos AA se encontravam regularmente nos grupos com o escopo final de evitar o *primeiro gole* e manter a sobriedade¹². Aos moldes de uma espécie de psicoterapia do espelho, os alcoolistas promoviam a troca de experiências em reuniões ritualizadas, com o intuito de alimentar entre seus pares um sentimento recíproco e espelhado das ações consideradas autodestrutivas e, conseqüentemente, agenciarem a construção de novos estilos de vida e a ampliação das possibilidades de (re)significação das experiências do adoecimento.

Neste viés, a questão da dádiva, inicialmente elaborada por Marcel Mauss no clássico *O Ensaio sobre a Dádiva* (2006), foi um importante recurso teórico para explorar como as narrativas sobre o alcoolismo nas reuniões ritualizadas estruturavam as plataformas de recuperação. A partir da tríplice dar-receber-retribuir, princípio fundante do paradigma da dádiva, pude apreender que o mote terapêutico e/ou “remédio dos AA é a palavra” (CAMPOS, 2008, p. 129), ou seja, era no ato de escutar as perturbações dos outros alcoolistas que se estabelecia um suporte para atenuá-las.

Se nas sociedades capitalistas ocidentais as relações parecem ser guiadas por um *ethos* individualista típico das relações de mercado, constatei na pesquisa de campo que os grupos de ajuda mútua, como os AA, propunham reforçar valores estruturantes da dádiva como reciprocidade, obrigação, desejo e interesse sem uma conotação mercadológica em primeiro plano. Mais do que isso: estabeleciam relações políticas que desconstruíam as identidades estigmatizadas do “bebedor da ativa” (como: “cachaceiro”, “pinguço” “bêbado”, “sem vergonha” etc.) significando-as na possibilidade de configuração de uma nova identidade coletiva, a saber, *alcoólicos anônimos em recuperação* (permanente)

Na medida em que a troca dádiva era operada entre os membros dos AA, foi pertinente notar que existia um interesse individual em combater o alcoolismo mas, ao mesmo tempo, uma prática em que o apoio e a ajuda mútua se tornavam partes fundamentais para o processo contínuo de

¹² Os 12 Passos seguem em anexo. A noção de sobriedade, para os grupos pesquisados, era uma noção ética construída ao redor da abstinência da bebida, mas concomitantemente operava através de uma reformulação moral/espiritual. Nesse sentido, ela revelou a ideia de que estar sóbrio é também visitar comportamentos julgados problemáticos e componentes da dita patologia que vão além do não uso de bebidas alcoólicas.

recuperação. Ocorria, como identificado, uma obrigação moral em participar das reuniões e dar-receber-retribuir experiências para “acelerar/consolidar” a recuperação individual e coletiva, mas também a liberdade de romper o vínculo, paradoxo antevisto pela própria dádiva.¹³

Como pesquisador, busquei discutir as práticas ritualizadas na contemporaneidade justamente para compreender como operavam os códigos, as regras e os símbolos destes espaços de comunicação terapêutica e ajuda mútua – como os AA –, e investigar como era construída uma “consciência coletiva” (grupal) sobre o fenômeno do alcoolismo, uma vez que através do compartilhamento de representações e experiências eles organizavam um controle ritualizado da sobriedade e compunham um enredo acerca de uma doença emicamente mais complexa do que aquela determinada biologicamente.

Autoras como Mariza Peirano (2003) apresentou-se como uma perspicaz alternativa teórica para discorrer sobre processos ritualizados e sobre a eficácia simbólica dos sentidos dados em um contexto terapêutico particular. Através de suas argumentações, entre outras, pude ter a percepção de como o processo de recuperação entre os AA era marcado por sequências ordenadas e padronizadas de palavras e atos que buscavam encontrar na obrigação ritual uma atividade performática de passagem para um novo *status* social, a saber, o do *bebedor-problema* para o *alcoolista em recuperação*.

Ademais, a perspectiva nativa de incurabilidade da doença também me inspirou a fazer a analogia e a interpretação de que, diferentemente dos *Ritos de Cura*, analisados por Victor Turner (1974), entre os *Ndembu*, era manifesto nos grupos de ajuda mútua a ideia de que o alcoolismo não era passível de cura; mas de controle ou busca permanente pela recuperação/sobriedade. Ou seja, pode-se afirmar que, ao invés de uma cura propriamente dita, a passagem, a (re)significação e a retomada dos papéis sociais desempenhados pelos alcoolistas (anteriormente ao processo de identificação de uma “situação problema”) somente era efetivada quando os dispositivos simbólicos de controle conseguiam operar por meio das práticas ritualizadas dos 12 Passos.

Portanto, para os AA, não ocorria a passagem do estado de liminaridade entre doença/cura, e isto fazia com que as estratégias terapêuticas fossem articuladas justamente na valorização desta liminaridade; a terapêutica garantia sua eficácia quando os membros eram colocados em

¹³ Mauss (2006) afirma que a “retaliação” pela quebra do vínculo na troca dádiva é proporcional ao tamanho da configuração e dos lastros de alianças, podendo acarretar, em determinados casos, até numa conjuntura de guerra. No caso dos AA, a quebra do vínculo, principalmente entre os “mais veteranos”, não era bem vista, uma vez que eles (veteranos) são essenciais para a recuperação dos novatos. Neste prisma, um princípio fundamental dos grupos é que os alcoolistas auxiliem os demais conforme um dia foram amparados, isto é, adentrem o círculo da troca dádiva numa escala atemporal; independente do tempo de sobriedade.

um processo de recuperação permanente e contínuo sobre uma doença que emicamente é designada como *incurável*.

Nesse sentido, não foi cabível falarmos em *Rito de Cura*, mas em *Rito de Sobriedade*. As perturbações do período *da ativa* funcionavam como “catalisadores simbólicos” que impulsionavam os indivíduos a revisitarem seus sofrimentos e, coletivamente, construírem mecanismos espelhados de recuperação que evidenciassem a necessidade de se evitar o *primeiro gole* e de se praticar o programa. As trocas de narrativas sobre o alcoolismo, nesta perspectiva, garantiam eventos processuais capazes de provocarem no “outro” (alcoolista) possibilidades de “resignificação do eu”, principalmente se levarmos em consideração que a recuperação (em sua liminaridade) era algo fronteiro, instável e desafiado pelo processo das *recaídas*¹⁴. Ocorria, portanto, a tentativa permanente de resignificação das perturbações físico-morais que, por conseguinte, colocavam esses atores sociais em um operante e contínuo *Rito de Sobriedade*.

Insights e movimentos

Trago à tona duas situações observadas durante o trabalho de campo nos AA para abrir alguns caminhos analíticos para os processos de alcoolização e itinações na busca por cuidados, isto é, para a reconfiguração das minhas questões relacionadas ao tema e para, concomitantemente, o delineamento das itinações de pesquisa no que concerne ao redirecionamento das frentes etnográficas para a coleta de dados.

A primeira é a seguinte:

Os três grupos recortados para a pesquisa de mestrado foram escolhidos, inicialmente, por estarem localizados em distintas regiões da cidade e, por conseguinte, para abrirem a possibilidade de levantar a hipótese de que os perfis encontrados nestes grupos marcariam as perturbações e os processos de saúde/doença de maneiras distintas.

Não obstante, ao circular pelos grupos, percebi que os alcoolistas não frequentavam somente o grupo no qual foram “iniciados” como membros de AA, mas deslizavam pela cidade como numa sociodinâmica espacial que estreitava os laços e as alianças entre os sujeitos, em função do não consumo de bebidas alcoólicas. Os membros dos AA frequentavam diferentes grupos e diferentes reuniões com o objetivo de promover e/ou enfatizar um processo contínuo de recuperação que, por seu turno, também realçava a perspectiva heurística da troca de experiências como princípio fundante e essencial para o lastro terapêutico. Deste modo, pude aferir que esta circulação poderia fazer

¹⁴ O processo das *recaídas* se manifesta quando o indivíduo está sóbrio por determinado período de tempo e volta à *ativa*.

parte, na realidade, de um itinerário terapêutico, uma vez que frequentar os grupos e o maior número de reuniões possíveis poderia garantir maior eficácia para a recuperação.

Não por acaso, dos cinco grupos existentes em Londrina (na época), cada um realizava suas reuniões em diferentes dias da semana, precisamente para estimular a rotação dos membros pelos AA e ampliar o circuito terapêutico e de socialidade¹⁵. Assim, embora tenha concretizado enfaticamente a pesquisa empírica em três grupos, tive contato permanente com alcoolistas de outros grupos, justamente por essa circulação dos membros.

Adicionalmente, fui capaz de identificar que os interlocutores da pesquisa, além de circularem pelos grupos da cidade, também traçavam outros circuitos particulares relacionados às plataformas de ajuda mútua, como, por exemplo, participação em vivências, congressos, reuniões burocráticas denominadas *Reuniões de Serviço*, aniversários de fundação de grupos em distintas localidades regionais, entre outros eventos institucionais e sociais¹⁶. Presenciei, em algumas inserções de campo, os membros organizando o deslocamento para convenções regionais e/ou aniversários de alguns grupos no interior do Estado¹⁷. Esses ensejos, principalmente os estaduais, pela facilidade de deslocamento, viabilizavam a construção de práticas que continuavam a se organizar pelo consumo alcoólico, mas que se manifestavam numa espécie de “presença-ausência” da substância etílica e enfatizava a importância de se praticar os 12 Passos.

¹⁵ O termo socialidade, aqui, é inspirado e derivado das discussões de George Simmel (2006) acerca das sociações. Simmel realiza uma distinção de conceitos entre sociabilidade e sociação, em que o primeiro, como parte do segundo, manifesta-se através das relações de prazer e satisfação mútua entre as pessoas que têm por objetivo valorizar a simples sociação em si, sem nenhum outro objetivo que não seja o de estar associado. Logo, ela é a configuração lúdica de sociação. Esta (sociação), por sua vez, congloera (e não exclui a sociabilidade) a noção de conflito como forma de melhor representar as relações harmônicas e desarmônicas dos indivíduos que se agrupam em unidades correspondentes a suas motivações. Deste modo, para Simmel, o conflito é a forma de “coesão social” que melhor expressa a tensa relação entre a díade indivíduo/sociedade, ressaltado que, para ele, a sociedade é o produto e/ou conjunto das sociações entre indivíduos. (Neste prisma de exposição, pode-se ainda concluir que os indivíduos são encarados por Simmel como atores sociais). Sequencialmente, neste texto, apresentarei um exemplo que elucidará melhor alguns aspectos dessas questões.

¹⁶ Leonardo de Araújo e Mota (2003, p. 9) afirma que a “Convenção Mundial dos AA já foi realizada com a presença de mais de 50.000 membros, todos reunidos em estádio coberto e dispo de tradução simultânea em português, espanhol, inglês, francês, russo, japonês, alemão, italiano, entre outros idiomas”. Ou seja, um extenso agrupamento construído a partir de um processo de patologização específico e de um rito terapêutico de sobriedade.

¹⁷ Nestas oportunidades, também é comum a presença de amigos e familiares dos alcoolistas. Deste modo, podemos compreender como o processo de patologização interfere nos agrupamentos de socialidade corroborando, por conseguinte, o predicado de que a noção êmica da doença (aparentemente individual) mobiliza outros atores e pode se apresentar como uma doença social e/ou uma doença da família.

Logo, os membros dos AA não eram alcoólicos anônimos somente dentro das reuniões semanais; eles expandiam o *Rito de Sobriedade* para fora das fronteiras das salas, isto é, a identidade coletiva *anônimos em recuperação* agenciava práticas cotidianas fundamentais para a criação/transformação de estilos de vida. Por conseguinte, identifiquei que esta circulação de pessoas, símbolos, sentidos e significados ao redor da noção de doença também contribuía para a amplitude dos laços interativos e de socialidade. Neste momento, comecei a amadurecer a ideia de que era possível analisar essa conjuntura como um itinerário terapêutico propriamente dito.

Adicionalmente, o que me inspirou a identificar e a começar a refletir sobre questões relacionadas aos itinerários terapêuticos foi a indicação, em muitos depoimentos dos membros de AA, de já terem tido contato com diversas experiências terapêuticas como internações, psicólogos, núcleos religiosos etc., e que só no AA haviam controlado o respectivo consumo rotineiro e dito abusivo de bebidas alcoólicas, isto é, acessado certa eficácia terapêutica. Não obstante, meu objetivo era retomar a pesquisa entre os AA de João Pessoa/PB e adentrar essas redes de socialidade para apreender narrativas e acompanhar/compreender como eram conjecturados e alinhados esses múltiplos caminhos¹⁸.

As pesquisas empíricas de Arthur Kleinman (1978, 1980) acerca dos Modelos Explicativos (*Explanatory Models*), voltados para os Sistemas de Atenção à Saúde (*Health Care System*), forneciam elementos importantes para pensar sobre essas questões, uma vez que poderiam me auxiliar no mapeamento dos dispositivos terapêuticos acionados pelos alcoolistas e pelas respectivas redes sociais no trato com a alcoolização.

Segundo Kleinman, Modelos Explicativos seriam as concepções sobre a enfermidade e as formas de tratamento empregadas por todos aqueles engajados em um “processo clínico” que, por sua vez, definiria qual setor do Sistema de Atenção à Saúde seria acionado no processo de cuidado. Os Sistemas de Atenção à Saúde, constituídos por três setores (ou subsistemas) caracterizariam as práticas de cuidado de naturezas diversas: o profissional, constituído pelas práticas formais de exercício da medicina (biomedicina, homeopatia, etc.), o popular (cuidados caseiros, autocuidado, conselhos de amigos, grupos de autoajuda (como os AA) e o *folk* (especialistas não oficiais de cura e práticas “místicas” e religiosas de cuidados) (ALVES; SOUSA, 1999, p. 128-129).

¹⁸ Diferentemente da pesquisa anterior, João Pessoa conta com aproximadamente 50 grupos de AA. Acrescento, nesta mesma nota, uma observação. Posteriormente, neste texto, irei realizar a transição da noção de rede para malha. Como parte das itinações de pesquisa (conceituais, neste caso), mantenho, por ora, a noção de rede, para grifar o aspecto metamorfoseado de uma análise em movimento.

Não obstante, já tinha algumas pistas indicando que deveria problematizar certos aspectos desse modelo para, num iminente período analítico, não deixar os movimentos dos atores engessados, cristalizados, idealizados e já subjetivados, uma vez que as improvisações, conflitos, tensões, negociações e acordos fazem parte de todo e qualquer circuito terapêutico e vão depender de como os atores são agenciados pelos discursos e como constroem suas ações perante uma dita “situação problema” em curso.

Para uma melhor elucidação destas questões, gostaria de apresentar uma segunda situação etnográfica relativa ao processo de estratégias, improvisações e conflitos quando se reflete acerca das práticas e itinerários terapêuticos.

Observei, durante a pesquisa de campo, que os alcoolistas, mesmo em recuperação, não eram passivos ou subordinados plenamente às regras dos AA e à reprodução dos discursos ali direcionados. Apreendi uma realidade mais dinâmica do que isso, na medida em que os atores conseguiam transitar pelas normas e realizar contingentes “manobras/negociações” no momento em que operavam com as ferramentas simbólicas atribuídas a estas plataformas de recuperação. Logo, mesmo que as regras das instituições não estivessem numa consonância absoluta com o que o indivíduo desejasse, a incorporação e o entendimento de tais regras acabavam funcionando como mecanismos importantes para eventuais processos de subjetivação e agencia dos atores no momento em que escolhiam os próximos passos e delineavam suas ações naquele ambiente sócio-normativo.

Ao considerar o processo de recuperação e as estratégias de negociação com o que é referendado como normativo dentro dos grupos de ajuda mútua, posso apontar o exemplo de Valdir, 52 anos, casado (na época), frequentador esporádico dos AA. Por vezes, Valdir não frequentava as reuniões dos AA de maneira permanente e, após algumas *recaídas*, retornava a elas proferindo que as narrativas e experiências dos alcoolistas o auxiliava a (re)controlar seu consumo dito abusivo de álcool.

Na visão dos AA, isto se apresentava como uma “questão problemática” e conflitiva, visto que o alcoolista que não participa rotineiramente das reuniões de recuperação não estaria colaborando para o fortalecimento da aliança exigida para a recuperação dos demais, mediante a

ajuda mútua e o dar-receber-retribuir experiências que alimentam a engrenagem terapêutica¹⁹.

Concomitantemente, isto era interpretado pelos próprios membros como não satisfatório para a própria recuperação de Valdir, em virtude da noção êmica de incurabilidade da doença e da necessidade de presença efetiva nas reuniões para a sustentação da sobriedade. Entretanto, como já mencionado, os indivíduos têm a liberdade de ruptura com as obrigações morais (paradoxo antevisto pela dádiva) e a “retaliação” a Valdir era proporcional ao tamanho da quebra do vínculo, manifestando-se através do distanciamento nos lastros de amizade, nas rodas de conversas e na não inserção em atividades externas e/ou de lazer organizada pelos alcoolistas.

Valdir mostrava um bom domínio sobre a literatura e entendimento dos 12 Passos, e conhecia a maneira de agir nas reuniões ritualizadas, isto é, manejava os códigos e as regras e sabia operar com as ferramentas terapêuticas, mesmo não participando constantemente das reuniões. Ele sempre indicava que permanecia sóbrio ao longo de certo período pelos ensinamentos de AA. Não raro, durante a pesquisa empírica, observei-o performaticamente balançando a cabeça num processo de assentimento com o sofrimento narrado pelos demais, além de, em algumas situações, corroborar os depoimentos comentando: *“Me identifico, me identifico”* ou *“Força companheiro”*; bordões frequentemente utilizados dentro das salas. Valdir efetivamente afirmava que, quando sofria *recaídas* ou estava na iminência delas, voltava aos AA, como uma maneira de, em suas palavras, *“ficar esperto de novo”*.

O caso de Valdir chama atenção à medida que ele circulava pelos AA, quando, de fato, sentia a necessidade utilizá-lo de uma maneira, talvez, instrumental. Participar dos AA, para ele, era uma maneira pragmática de controlar a bebida (pelos sofrimentos e experiências negativas compartilhadas nas reuniões), mas, concomitantemente, uma forma de deslizar pelos preceitos morais ali operantes e criar uma estratégia que valorizasse sua forma particular de se relacionar com a bebida.

Não obstante, pode-se interpretar que Valdir tecia parcialmente as estratégias do grupo e buscava a abstinência em situações pontuais, o que, de certa forma, punha entre parênteses a questão da incurabilidade da doença e todo o conhecimento terapêutico elaborado pela plataforma de recuperação. Ele, na realidade, tecia uma estratégia “ajustada” dentro dos AA, mas não em um *continuum*, ou seja, tecia “alianças frouxas” e utilizava o grupo de maneira interpolar entre o normativo e as aspirações individuais. Portanto, a maneira como ele tratava a alcoolização e a forma como desenhava a questão da

¹⁹ Este é o exemplo ao qual me referia sobre a pertinência de se utilizar a noção de socialidade em detrimento da sociabilidade.

terapêutica era dissonante com o modelo proposto e isto, entre outras posições, tornava-se êmicamente problemático, pois, ao não praticar o princípio de se evitar o primeiro gole, o alcoolista estaria próximo de não alcançar a recuperação e/ou e se tornar um *bêbado seco*²⁰.

Existe, de fato, um “estoque de conhecimento” e de representações extremamente importantes para a compreensão de uma dita situação de enfermidade, como, por exemplo, as próprias categorias nativas construídas pelos membros dos AA. Porém, o caso de Valdir nos inspira a problematizar alguns pressupostos, a fim de não encararmos o processo analítico através de uma estrutura encerrada de representações e discursos sobre a doença que vão orientar as práticas terapêuticas, pois essas (práticas) se constituem, na verdade, como um campo aberto e heterogêneo de possibilidades, negociações e zona de incertezas (muitas vezes paradoxais) que devem ser captadas em seus fluxos de operação²¹.

Foi refletindo sobre essas possibilidades exploratórias, aliadas às inspirações fornecidas por George Marcus (1995), que me ocorreu a reflexão de desenhar uma pesquisa multissituada que utilizasse um método de pesquisa descrito pelo autor como “*follow the thing*” (seguir a coisa). Para tanto, resolvi expandir a pesquisa sobre alcoolização e ampliar o leque de investigação para outra frente etnográfica, a saber, os Consultórios na Rua – projeto desenvolvido pela prefeitura municipal de João Pessoa (PMJP), através da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), realizado, ainda, em convênio com o Ministério da Saúde (MS).

Visto que os Consultórios na Rua realizam interações com pessoas em situação de rua e/ou em conjuntura de vulnerabilidade social, pautados numa perspectiva de Redução de Danos, vislumbrei a possibilidade de efetivar incursões etnográficas junto a essas equipes, no intuito de construir “portas de entrada” que me auxiliassem a explorar as experiências heterogêneas do *ato social de beber*. Procurar por atores sociais – dito alcoolistas –, a partir dessa nova frente etnográfica, promove vasta abrangência no que diz respeito à

²⁰ O *bêbado seco* seria aquele indivíduo que, mesmo sem beber, não eliminou “comportamentos patologizados” presentes no período *da ativa*, como, por exemplo, a arrogância, o egocentrismo, a falta de humildade em reconhecer o erro etc. isto, é, parte do repertório dos “sintomas da doença” que demandam uma reformulação moral-espiritual (ver 12 Passos, em anexo) e que escapam do viés biologicista.

²¹ Carolina Ferreira (2012, 2013), uma estudiosa de grupos de ajuda mútua, fundamentalmente dos MADA (*Mulheres que Amam Demais Anônimas*) CODA (*Codependentes Anônimas*) e DADA (*Dependentes de Amor e Sexo Anônimos*) também se apresentou como fonte de reflexão para essas questões. Ferreira, em seu trabalho, observou que deviríamos ter cautela (durante a atividade analítica) para não cairmos numa espécie de “conto do grupo”, isto é, não “encará-los como entidades discretas produtoras de coerências permanentes” (FERREIRA, 2013, p. 76); uma vez que as redes ali formadas são heterogêneas e fazem bricolar uma série de sentidos, significados, trânsitos discursivos de saberes e práticas que só podem ser “capturados” no acompanhamento do fluxo dos atores pelos grupos. Agradeço também a esta autora pelas contínuas interlocuções.

apreensão de ações “*in contexts*”, isto é, na captação de como são criadas e/ou improvisadas estratégias de consumo e fluxos terapêuticos na avaliação (ou não) de uma “situação-problema”.

Neste viés, com efeito, o escopo desta pesquisa – em perspectiva – está fundamentado na relativização de discursos prévios que colocam as experiências atreladas à bebida de uma forma acusatória ou diagnosticadora, nos termos de Neves (2004), e na potencialidade analítica das formas de interação álcool/ator que escapam e deslizam sobre uma estaque dicotomia, a saber, “bebedor social”/“bebedor problema”.

Por conseguinte, o recurso teórico/metodológico do antropólogo mexicano Eduardo Menéndez, acerca dos “processos de alcoolização”, parece-me, concomitantemente, uma interessante saída analítica para os desdobramentos dessa pesquisa, visto que, entre outras preposições, ele é mais abrangente quando pensamos em estratégias e percursos terapêuticos que não necessariamente partem da ideia de uma ideia de doença, mas, do mesmo modo, consegue dialogar com os saberes, discursos e práticas, a fim de valorizar as experiências dos atores diante da bebida. Para Menéndez, os “processos de alcoolização” são definidos como:

[...] o conjunto de funções e consequências positivas e negativas que cumpre a ingestão de álcool para conjuntos sociais estratificados e não apenas, o estudo dos alcoólicos dependentes, nem os excessivos, nem os moderados, nem os abstêmios, mas sim o processo que inclui todos e que evita considerar o problema em termos de saúde e/ou enfermidade mental (MENÉNDEZ, 1991, p. 63).

No que diz respeito especificamente aos itinerários terapêuticos, podemos aludir que se voltarmos a lente analítica para os possíveis percursos realizados pelos atores, na busca por suporte terapêutico, localizaremos caminhos e descaminhos tão plurais e ricos que seria improvável articulá-los e justapô-los a um modelo cristalizado. Ao refletir sobre os processos de alcoolização e a noção de “itinerários terapêuticos de saúde”, estamos envolvidos com movimentos e fluxos que implicam negociações, experiências conflitivas e subjetividades que ficam mais tateáveis quando são captadas através das práticas dos atores no delineamento de suas ações em curso. É possível, nesta perspectiva, afirmar que não existe um padrão de escolha que leve as pessoas a seguirem determinados circuitos de maneira hierárquica, isto é, as “experiências subjetivas” e os processos de alcoolização marcam os sujeitos de maneiras distintas e não necessariamente englobaram estratégias pautadas num ordenamento sistemático. Com essas argumentações em reflexão, antes de apresentar mais enfaticamente os Consultórios na Rua e algumas situações etnográficas, concentro-me na transição do conceito de

redes para malhas e de itinerários terapêuticos para itinaerações na busca de cuidados²².

Itinaerações conceituais: das redes às malhas e dos itinerários terapêuticos às itinaerações em busca de cuidados

A partir das explanações supracitadas, sugiro, portanto, que as estratégias e as itinaerações em busca de cuidados devam ser observadas através de suas diversas configurações em movimento. Embora o modelo paradigmático de Kleinman seja largamente utilizado para se pensar sobre os itinerários terapêuticos, na atualidade, pertinentes críticas foram e são tecidas em sua aplicação. De acordo com Alves e Rabelo (1999), mesmo que a abordagem do autor tenha uma clara influência da hermenêutica, sua análise com base no conceito de 'modelo explicativo' termina por girar ao redor de uma lógica explicativa, tomando por suposto que os indivíduos orientam suas ações baseados na lógica inerente a esses modelos (ALVES; RABELO, 1999: 136).

Uchoa e Vidal (1993) corroboram esta crítica e afirmam que os modelos explicativos de Kleinman se baseiam em um grupo de estruturas cognitivas que têm seu fundamento na cultura compartilhada por todos os integrantes de um certo grupo. Assim, mesmo que reconheça em tese a importância dos fatores sociais e interativos, em seus trabalhos, Kleinman acaba por enfatizar apenas os elementos culturais e, por este motivo, tende a dar uma visão unificada dos modelos, especialmente os populares.

Alves (1993), no artigo intitulado *A experiência da Enfermidade: Considerações Teóricas*, já nos alertara para o fato de que os modelos explicativos de Kleinman não dão conta de elucidar os itinerários terapêuticos, uma vez que as crenças, percepções e ações são geralmente heterogêneas, complexas e ambíguas, e que o conhecimento e as práticas dos indivíduos são construídos “de” e “por” experiências diversas, em situações biográficas determinadas. Logo, para avançar/problematizar as pré-formatações propostas pelo modelo de Kleinman, tornar-se-ia necessário investir na captura dos aspectos subjetivos dos processos de alcoolização (no meu caso), sem perder de vista os fatores sociais e culturais aos quais elas estão conectadas, ou seja, num processo de saúde/doença, assim como nas ações relacionadas a ele, deveríamos ter como foco analítico o processo intersubjetivo, articulando “as interpretações subjetivas dos indivíduos aos processos de interação social permeado por certos padrões culturais” (ALVES, 1993, p. 266-268).

²² A discussão que segue é inspirada nos comentários de Fátima Tavares e Octávio Bonet durante a apresentação de minha pesquisa na mesa redonda intitulada: *Sentidos e Cuidados da doença*. (I RAS/2015). Agradeço-lhes pelas pertinentes sugestões.

No intuito de romper com uma “geometria do vivido” ou com uma “gramática das ações”, faz-se coerente explorar analiticamente o acaso, os atos impensados, as incongruências, as situações de negociações fronteiriças entre o pragmático, subjetivo e sociocultural, para, subsequentemente, pôr em relevo a multidimensionalidade de sentidos quando se observa determinado circuito de ações. A tendência em buscar uma lógica explicativa de percursos aos moldes de Kleiman precisa, portanto, ser problematizada, no sentido de não reificar os itinerários terapêuticos e de proceder metodologicamente de maneira dedutiva e calculada que, caro para ciências naturais, cria diversos problemas para a antropologia, fundamentalmente interpretativa e fenomenológica.

Alves e Sousa (1999) trabalham com a ideia de que os itinerários terapêuticos são fenômenos por demais complexos para que possam ser subsumidos às generalidades que procedem pela descoberta de leis que ordenam o “social”. Os autores argumentam que a restrição de condutas humanas tende a simplificar as ações, os próprios atores sociais e os modelos tipológicos e classificatórios predeterminados, isto é, corre-se o risco de perder a profundidade qualitativa e criar um movimento hierárquico (objetividade/subjetividade) e mecanicista para avaliar as ações.

Caberia, portanto, durante a atividade de pesquisa, explorar os eventos concretos sobre as ditas enfermidades, para que se possam acessar os respectivos sentidos e significados e interpretá-los de maneira inelegível, sem, contudo, construir analiticamente trajetórias já subjetivadas, isto é, calcadas em pretensas e artificiais unidades que simplificariam/engessariam o processo de investigação. Nesta entonação, a única maneira de escapar de uma interpretação pautada numa explicação pré-configurada ou pré-esquemática, no meu entender, seria acompanhar os fluxos, estratégias e ações dos atores em curso. Se a inspiração é operar com a noção de itinerários terapêuticos como um sistema aberto e heterodoxo de estratégias, que não necessariamente se manifestam de maneira racionalizada e reflexiva, mas, por vezes, pelos agenciamentos situacionais e coletivos, talvez a própria ideia de itinerários deva ser problematizada.

Isto porque os atores, quando organizam suas respectivas estratégias, narrativas e percursos terapêuticos, em retrospectiva, já estariam, de certo modo, cristalizando, pré-formatando e unificando as ações de maneira, se não linear, talvez conjecturada de modo subjetivado. Num suposto processo “clínico” e/ou de enfermidade, os atores não necessariamente estão engajados numa atividade reflexionada de ações, isto é, a enfermidade, tratada como significação e não como entidade, não predispõe fundamentalmente uma crença inquestionável nas representações pela qual os atores organizam anteriormente determinados discursos sobre a doença. Pressupõe, pode-se dizer, a busca por uma ação eficaz que, por seu turno,

envolve “agenciamentos múltiplos” entre discursos/saberes de instituições – leigas, profissionais, culturais etc. – sobre a saúde, a situação sócio-contextual em que os atores estão inseridos e as respectivas agências/subjetividades na interpretação da dor/sofrimento, ressaltando, como dito anteriormente, que este processo se manifesta como um campo de possibilidades problemáticas que abarca incongruências, conflitos, contradições e negociações.

Nesse sentido, Octávio Bonet (2014), ao indicar os estudos das experiências religiosas do candomblé na Bahia, realizado por Fátima Tavares (2012), se alinha às discussões da autora quando ela propõe a utilização dos conceitos “acontecimentos e agenciamentos eficazes” para problematizar a noção de itinerários religiosos, uma vez que, fundamentalmente com a noção de agenciamento, fica evidente “uma aposta nas incertezas que se distribuem por todo o processo social” (BONET, 2014, p. 339-340). Deste modo, o autor afirma que a atenção voltar-se-ia para as contingências dos agenciamentos locais e coletivos e, por analogia aos itinerários religiosos, poderíamos expandir a crítica para os itinerários terapêuticos. Alinhado a Tavares, explana-se que o conceito

[...] itinerário [talvez] não seja o mais adequado, pois toma como *a priori* a ideia de sujeitos (ainda que porosos e de delimitação flexível) transitando e/ou construindo alternativas (o que poderia evocar uma experiência subjetivada). O conceito de itinerário encontra-se implicado numa concepção de experiência que confere primazia à contingencialidade, imprevisibilidade e negociação das escolhas efetuadas pelos sujeitos (TAVARES, 2012, p. 263).

Neste prisma, operando com a ideia de um campo de possibilidades problemáticas que deve ser capturado no delineamento das ações em curso, Octávio Bonet (2014, p. 337) sugere que se realize “uma passagem da noção de itinerários terapêuticos para a de itineirações na busca de cuidados”. Tal noção, inspirada na antropologia ecológica de Tim Ingold (2008; 2012; 2012b), revela a possibilidade de concebermos a antropologia “através de linhas de vida, linhas de crescimento, como um processo aberto em que o homem não pode ser pensado como separado do meio ambiente; ambos, homem e ambiente, estão em um processo de desenvolvimento e são produto dele” (BONET, 2014, p. 329). Logo,

[...] as itineirações representam um movimento para frente que envolve criatividade e improvisação. A itineiração não conecta pontos, mas consiste em um sistema aberto de improvisações (porque acontecem no desenrolar da ação) e ao longo da qual a vida é possível. As itineirações não se dão em um mundo em rede que preexiste, mas em uma malha de linhas de vida que se produzem na mesma itineiração. [...].

Improvisar é “seguir os modos do mundo à medida que eles se desenrolam, e não conectar em retrospecto, uma série de pontos já percorridos” (Ingold, 2012b: 38). Improvisar é juntar-se ao mundo. Assim, as linhas ao longo das quais se vive a vida não preexistem, senão que se criam ao se movimentar pelo mundo; criam-se nesse improvisar. Essa improvisação se dá em um ambiente, que é o que cerca uma coisa; esse ambiente aparece, então, como um emaranhado de linhas entrelaçadas que Ingold chama de malha. (BONET, 2014, p. 336, 341).

Destarte, para Octávio Bonet (2014), as itinações, em seus movimentos para frente, são uma alternativa eficaz para se refletir sobre os itinerários terapêuticos como um processo aberto, principalmente em decorrência de fluxos, estratégias e devires que compõem os enredos e os múltiplos percursos traçados pelos atores. Adicionalmente, para o autor, faz-se necessário articular a noção de itinações com a proposta teórico-conceitual de malhas, formulada por Ingold, uma vez que “se os itinerários estão sujeitos a constantes improvisações dos agentes, então não se pode falar de percursos previstos e, portanto, de uma rede que preexista aos movimentos dos agentes, mas de uma malha de linhas que vai sendo construída nos fluxos e nos processos” (BONET, 2014, p. 337).

Neste viés, o autor afirma que as noções de itinações e malhas configuram-se como uma possibilidade analítica mais flexível e processual do que itinerários e rede. Preocupado com a circulação entre usuários e profissionais no sistema de saúde, Bonet indica que a passagem dos itinerários e das redes para as itinações e as malhas permite que o olhar esteja focado nas múltiplas articulações relacionais entre serviços, usuários e profissionais. “Cada um deles vai depender de como se agênciam com os outros, e assim se desenham malhas diferentes, segundo as improvisações diferenciais que realizam” (BONET, 2014, p. 342). Esclarece, nesse sentido, que:

A ênfase estará distribuída entre os serviços e as itinações; neles e ao longo deles, porque nessas itinações encontramos elementos para explicar as escolhas que definem os próximos passos. No mesmo sentido de ampliação da perspectiva, ao associar as itinações ao conceito de malha deixamos de pensar em termos de redes que se interpenetram ou que se conectam, e pensamos o sistema de saúde como um ambiente habitado pelos usuários e os profissionais. Assim, já não faria muito sentido falar em “fora” e “dentro” do sistema de saúde quando pensamos nas itinações dos usuários, porque estas podem levá-lo para um serviço ou para outro, ou para benzedeiras, ou para terapeutas religiosos. Nesse sentido, Alves e Souza

se referiam à múltipla adstrição, no artigo comentado anteriormente, quando falavam em hesitações, incongruências e dúvidas na filiação ao modelo interpretativo da doença e, portanto, da atenção e do cuidado. Também a isto se referia Tavares, quando sustenta uma distribuição da agência em uma multiplicidade dos agenciamentos (BONET, 2014, p. 341).

Corroboro essas argumentações transitivas dos conceitos de rede para malhas e de itinerários terapêuticos para itineirações em busca de cuidados. Anteriormente a esses desdobramentos teórico-metodológicos, já havia pensado na possibilidade de circular com as equipes dos Consultórios na Rua para analisar os processos de alcoolização e os eventuais itinerários terapêuticos traçados pelos atores ditos alcoolistas. Porém, neste movimento de inserção de campo e itineiração teórica/metodológica, pude perceber que as interações na busca de cuidados (ao invés dos itinerários terapêuticos) contemplam as situações de improvisação, alianças, incongruências, zonas de incerteza e negociações criadas no processo dialógico e de vínculo entre os consultores e as pessoas em situação de rua e/ou conjuntura de vulnerabilidade social com o qual eles interagem.

Ademais, ao acompanhar os consultores em meu campo, ainda em movimento, também pude apreender que, frequentemente, é a educação da atenção e a construção do cuidado²³ que se apresenta como questão central. Até porque, na perspectiva da política de redução de danos e da relativização da heterogeneidade das formas de se habitar a rua, ocorre um campo de possibilidades nas quais são os atores ditos alcoolistas que vão definir quais serão os próximos passos, de acordo, ainda, com as eventuais malhas despontadas. Em relação a esse aspecto, apresento, no tópico seguinte, o lugar a que minhas itineirações de pesquisa estão me levando.

“Percepções-ações” dos Consultórios na Rua e apresentação de algumas situações etnográficas

Os Consultórios na Rua foram instituídos em 2009 pela Política Nacional de Atenção Básica do Ministério da Saúde e chegaram a João Pessoa em 2010. O projeto, atualmente, conta com 18 profissionais, incluindo enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e agentes sociais, divididos em três equipes, sendo duas no turno da manhã e uma no turno da tarde. O trabalho funciona de forma continuada, em que as equipes da manhã e da tarde procuram estabelecer um lastro de comunicação permanente acerca das demandas mapeadas e requeridas, embora cada equipe tenha uma área de atuação mais ou menos especificada.

²³ Ver Bonet (2015).

Um dos objetivos centrais dos Consultórios na Rua é deslizar por áreas de vulnerabilidade social e atender pessoas em situação de rua que necessitam de cuidados relacionados à saúde²⁴. Adicionalmente, além do atendimento básico de saúde na rua, conforme me narrou um dos consultores, *é a cidadania que está em jogo*, isto é, os consultores na rua operam como agentes elucidativos do campo dos direitos²⁵. Logo, os consultórios também se apresentam como um campo de possibilidades e de encaminhamentos para as pessoas em situação de rua que queiram/necessitem acessar a grande rede de saúde e assistência social e que, muitas vezes, são excluídos desse processo. Tal movimento apresenta causalidades múltiplas, podendo, entre outras, envolver dificuldades de entrada; áreas geográficas de não contemplação de atendimento, ausência de vagas e processos de estigmatização (externados ou incorporados) que bloqueiam o acesso.

Nesta entonação, os Consultórios na Rua podem viabilizar encaminhamentos para dentistas, psicólogos, psiquiatras, casas de acolhida, médicos especializados, Caps, Caps-AD, centro de referência social como o Centro POP etc. Essas demandas são bem variadas, e podem contar ainda com encaminhamentos para hospitais que atendem doenças infectocontagiosas e/ou de alta complexidade como tuberculose, hanseníase, câncer, por exemplo.

A ideia primordial dos consultórios na rua é, na realidade, criar um vínculo qualitativo com essas pessoas e estabelecer um processo dialógico que busque escutar/compreender/construir quais são as demandas de fato. Por conseguinte, a motivação é formar um permanente processo de relativização que respeite a autonomia e as experiências heterogêneas de habitar a rua. Sobre este aspecto, um consultor de rua me narrou o seguinte:

Se a pessoa quer ir para o centro POP, lá ela pode tomar um banho, fazer uma oficina, bater uma máquina de lavar, se alimentar e voltar para a rua quando quiser. Se a pessoa não quer mais ficar na rua, podemos ver a casa de acolhida. A casa é para quem de fato quer sair da rua, não quer mais dormir na rua. Podemos tentar uma vaga. A sociedade mais ampla pode perguntar: Porque não arruma um jeito de tirar essas pessoas da rua? Cara, a gente trabalha respeitando a opinião das pessoas, é da vontade delas saírem da rua ou não. O consultório não veio para tirar da rua, mas pela cidadania mesmo. Muitos que estão na rua não querem sair da rua, e isto pode ser questão de escolha, pode ser por

²⁴ Este deslizamento pelas áreas é realizado através de carros do tipo *doblô* que, por sua vez, funcionam como uma espécie de ambulatório móvel adaptado.

²⁵ Um dos elementos pragmáticos, neste prisma, também é viabilizar, por exemplo, a retirada de documentos como RG, CPF, registros, cartão SUS etc.

questão de liberdade mesmo. Vejo ali que muitos se sentem livres mesmo, talvez ali seja o único lugar que tenham liberdade. A rua é o único lugar que acolhe todo mundo, independente se você é esquizofrênico, transexual, pobre, usuário de drogas, de álcool ... Os consultórios chegam para estabelecer os vínculos e respeitar o tempo da pessoa. Não sou eu que vou dizer o que é melhor para ele. Os consultores estão ali para mostrar que tem direito, sim, ao SUS. Mostra o que a rede tem para oferecer e eles vão se identificar ou não no tempo deles. (Notas do Caderno de Campo, João Pessoa, outubro de 2016).

No que diz respeito às itinações na busca de cuidados e aos processos de alcoolização, é a estratégia da redução de danos que se apresenta num primeiro plano. Isto porque se, na pesquisa anterior, entre os AA, apreendi que meus interlocutores se autointitulavam doentes alcoolistas em recuperação, buscavam se alinhar a uma plataforma terapêutica bem delimitada e teciam estratégias e itinações mais ou menos orientadas por um programa específico, tal qual os 12 Passos, este não é um ponto de partida para esta frente etnográfica. A abordagem dos consultores (via redução de danos) visa interagir com as ações e os discursos dos atores sociais em relação à bebida e, a partir dali, criar/improvisar conjuntamente estratégias sobre as formas de consumo que estão sendo efetivadas e as eventuais práticas de cuidado.

Logo, o discurso da doença e da abstinência nunca é operado pelos consultores, uma vez que os processos de alcoolização são múltiplos e vão expor a necessidade de relativização de um consumo rotineiro e dito abusivo. Na realidade, a forma como se busca a criação de vínculos sempre se concentra num predicado que escape dos juízos de valor e se atenha a um campo de possibilidades de discursos e ações. A atenção e educação do cuidado deve seguir uma diretriz que se costure nas interfronteiras dos processos de subjetivação e dos contextos socioculturais.

Por exemplo:

Uma prática corriqueira de redução de danos na rua é a negociação da hidratação, ao passo que o carro em que circulamos sempre está munido com caixas de copos descartáveis de água. Aparentemente, essa noção de cuidado parece ser um predicado que contempla todos. Porém, não raro, é revelado na rua um “processo de simbolização operante” (que fabrica sentidos, age e, conseqüentemente, produz efeitos sobre as práticas) que indica que beber água e bebidas alcoólicas, ao mesmo tempo, “dá cirrose ou faz você ficar como o pé inchado”. Não beber água, neste caso, se manifesta como uma prática e/ou estratégia de cuidado êmico. Por conseguinte, nesse aspecto, faz-se coerente que a noção de cuidado seja entendida, nesta pesquisa, como:

[...] uma categoria situacional e metafórica. Isto quer dizer que tem uma qualidade mais fluida e mais plástica. O fato de ser uma categoria metaforizada, como defendemos em outro texto (Bonet & Tavares, 2007), remete ao fato de que, quando os profissionais falam em cuidado, frequentemente estão se referindo a percepções-ações que são diferentes de quando os usuários se referem à categoria de cuidado. Assim, o cuidar do profissional é percebido diferentemente do cuidar da mãe, por exemplo. (BONET, 2014, p. 337).

Toda e qualquer prática que vise contribuir com as demandas situacionais requeridas pelas pessoas em situação de rua – na questão da alcoolização e do cuidado – são apresentadas e dialogadas, podendo, entre outras disposições, abarcar, como dito anteriormente, tratamentos de desintoxicação, encaminhamentos para casas de acolhida e/ou Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) e Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps-AD), se a pessoa assim solicitar. Embora a redução de danos também possa ser considerada como prática de controle, ela mira, na realidade, negociar perspectivas que procuram atuar como agenciamentos eficazes, mas que, em certo sentido, ainda são dispostos através de um movimento que parte dos atores, suas malhas situacionais e suas respectivas tomadas de decisão acerca do cuidado e eventuais itinações.

Basicamente, as construções de um processo dialógico de cuidado e vínculo são arranjadas através de uma zona de incertezas muitas vezes incongruentes e paradoxais. No que diz respeito aos processos de alcoolização, por exemplo, é necessário pensar invariavelmente nas questões subjetivas e sócio-contextuais de habitar a rua, uma vez que o consumo de bebidas alcoólicas, por vezes, é utilizado, ele próprio, como estratégia de cuidado e/ou como produtor de linhas da vida. Senão vejamos essa situação etnográfica.

Fizemos a abordagem com um senhor, por volta de 50 anos, em que ele expunha a necessidade de ingerir bebidas alcoólicas todos os dias pelas fortes dores que sentia em seu corpo, principalmente em suas pernas. Ele mencionava algo acerca da distância da família e da falta de dinheiro para comprar remédios na farmácia, e que a bebida alcoólica, de certo modo, aliviava suas dores. Afirmava também que, ao acordar, começava a beber os chamados “corotes” ou “burrinhas de pinga” e, ao entardecer, procurava diminuir o consumo pela atenuação das dores.

Ora, um observador desavisado que flagrasse o momento de consumo – pela manhã – poderia constatar certo “comportamento patológico ou desviante” através da respectiva noção de pessoa moral: aquela dotada de obrigações e responsabilidades sócio-positivas não condizentes ou contrastantes com a referida prática de consumo. No entanto, o que quero

chamar atenção e extrair dessa situação etnográfica é a manifestação da capacidade de improvisação e criação que se metaforiza numa prática e numa itinação de cuidado. Num contexto de desigualdade e vulnerabilidade social, como neste caso, o consumo rotineiro de bebidas alcoólicas se apresentou como um movimento para frente no qual a própria vida se tornava possível.

Algumas outras situações etnográficas são contrastantes, expondo a relevância de se pensar o cuidado como uma categoria múltipla, flexível, dialogada e conflitiva quando se reflete sobre os processos de alcoolização e sobre as itinações na busca de cuidados. Uma das situações foi a seguinte:

Os consultores na rua realizaram, diversas vezes, interações com uma moça com menos de 30 anos. Ela ficava com seu companheiro e com um grupo de amigos numa rua bem arborizada na região central da cidade de João Pessoa. O local era avaliado por esses atores como um lugar apropriado para ficarem, pois, além de facilitar o trabalho de “flanelinhas de carros” para alguns membros desse grupo, havia uma garagem coberta na qual eles podiam passar a noite.

Pela questão do uso contínuo e prolongado de bebidas alcoólicas, precisamente as “burrinhas de pinga”, essa mulher, que aqui chamo de Maria, estava com a pele extremamente ressecada e com diversas feridas: a chamada *pelagra*²⁶. Constantemente era apresentada a possibilidade de acessar um hospital especializado para realizar uma espécie de “desintoxicação”. Invariavelmente, ela não concordava, mas solicitava que, se possível, deixássemos uma garrafa d’água com alguns reidratantes diluídos. Frequentemente, Maria mencionava que gostaria de ficar com o companheiro e seus amigos que, por diversas vezes, faziam questão de ressaltar que ali ela estava sendo cuidada. Ou seja, o cuidado, nesta perspectiva, era metaforicamente superior ao cuidado profissionalizado, embora não o excluísse, tanto pela questão da interação com as enfermeiras do Consultório na Rua quanto pela própria questão da solicitação do soro de hidratação e eventuais questionamentos sobre sua saúde.

Posteriormente, após diversas interações, sua situação piorou bastante: ela estava mais irritadiça, fraca, com dores, suas feridas haviam aumentado consideravelmente e sua pele já estava extremamente ressecada. A tratativa da redução de danos via soro de hidratação já não estava sendo efetiva, como ela própria constatou. Nesse momento, construímos um discurso que pudesse operar como um agenciamento eficaz e a levasse a um auxílio especializado. Seu companheiro entrevistou e, de maneira exaltada, disse que estávamos ali com “*aquele negócio de soro e que não ajudávamos ela de verdade*”. Ele, de maneira contundente, questionou o por que de nunca

²⁶ É uma doença causada pela falta de vitamina B3, niacina ou PP, cuja ausência acarreta a dificuldade de formação de sais biliares.

termos levado Maria para resolver a situação, já que, na avaliação situacional dele, aquilo deveria ter se resolvido há bastante tempo. Respondemos que, por vezes, como ele mesmo já havia presenciado, as possibilidades de auxílio e encaminhamento poderia ter sido efetivado. Contudo, dependeria da vontade/escolhas de Maria acerca de em qual malha iria se emaranhar na busca por uma itinação de cuidado. Por fim, ela concordou com o processo de recuperação e, no mesmo dia, deu entrada em um hospital da cidade para realização do tratamento.

Ora, neste caso, o que estava em jogo era justamente a noção de cuidado. Embora Maria e seu agrupamento de socialidade vislumbrasse a possibilidade da manifestação de uma “situação problema”, os movimentos itinerantes na busca por cuidados se apresentavam de maneira aberta, flexível e por vezes contraditória. A noção de cuidado médico foi, ocasionalmente, apresentada pela equipe do Consultório na Rua, mas só foi efetivada quando conseguiu se contrapor à noção de cuidado daquela malha, o que faz com que as próprias linhas de crescimento e de vida sejam fabricadas nas ações em curso.

A seguir, embora tenha ocorrido o reconhecimento de uma “situação-problema” por parte de Maria, o tratamento não foi completado. Ela retornou para sua malha de cuidado, o que sugere, entre outros predicativos, que os processos de alcoolização e as itinações na busca por cuidados devam ser encarados como estratégias situacionais, não permanentes, e como processos abertos, sempre a espreita dos próximos passos.

Breves considerações finais

O meu objetivo, neste texto, foi realizar uma análise em espiral que evidenciasse alguns pontos de partida e seus respectivos desdobramentos itinerantes, isto é, como as questões sobre alcoolização podem ser transfiguradas sob múltiplos efeitos analíticos em movimento. Como não poderia deixar de ser, este processo continua em aberto. A pesquisa, em andamento, ainda buscará trazer à baila conjecturas relacionais às malhas, à alcoolização e ao cuidado encontradas nos AA de João Pessoa/PB. O objetivo é desenhar um efeito - em perspectiva - dos processos de alcoolização e das itinações de cuidado quando os atores são agenciados por discursos aparentemente opostos, a saber, o da abstinência (AA) e o da redução de danos (Consultórios na Rua)²⁷.

Acredito na potencialidade do arsenal teórico/metodológico indicado para este texto principalmente pelo fato de que ele proporciona bastante

²⁷ Aparentemente opostos justamente pela questão de que eles podem ser configurados como estratégias de cuidado situacionais que, muito pelo contrário, são auto-excludentes.

flexibilidade, plasticidade e fluidez para uma atividade complexa de movimentos que, aos meus olhos, são zonas analíticas de incerteza que só podem ser visualizadas através de uma costura situacional e intersubjetiva. Nesse aspecto, a proposta de ampliação do campo para os Consultórios na Rua me fez reposicionar alguns aspectos conflitivos das formas de articulação entre saúde, cultura e sociedade vislumbrados, ainda, pelos modos com que os atores são agenciados pelos discursos, como influenciam, criam e improvisam estratégias de cuidado e processos de subjetivação, como são envolvidos pelos contextos socioculturais e produzem linhas de vida.

Referências

ALVES, P. C. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 263-271, 1993.

ALVES, P. C.; SOUSA, I. M. Escolha e Avaliação de Tratamento para Problemas de Saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico In: RABELO, M. C.; ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. (org.). **Experiência da doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 125-137.

ALVES, P. C.; RABELO, Miriam Cristina. Significação e metáforas na experiência da enfermidade. In: RABELO, M. C.; ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. (org.). **Experiência da doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p. 171-85.

BONET, O. Itinerários e malhas para pensar os itinerários de cuidado: A propósito de Tim Ingold. **Sociologia & Antropologia**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 327-350, out. 2014.

_____. Sentindo o saber. Educação da atenção e medicina da família. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 21, n. 44, p. 253-277, jul./dez. 2015.

BRUNELLO, E. T. **Alcoolismo e Redes terapêuticas**: Uma análise antropológica sobre grupos de ajuda mútua na cidade de Londrina/PR. 2013. Dissertação (Mestrado em) – Universidade estadual de Londrina, Paraná, 2013. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.uel.br/document/?code=vtls000184777>> Acesso em: 13 dez. 2017.

CAMPOS, E. A. de. **Alcoolismo, doença e pessoa em uma associação de ex-bebedores**: O caso dos Alcoólicos Anônimos. 2003. Disponível em: <www.antropologia.com.br/art/colab/vram2003/a13-eacampos.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2011.

_____. “Nosso remédio é a palavra” Notas sobre o modelo terapêutico dos Alcoólicos Anônimos. Ana In: CANESQUI, M. (org.). **Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos**. São Paulo: Hucitec; Fapesp, 2007.

DUARTE, L. F. D. **Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

DUMONT, L. **O individualismo**: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna. Rio de Janeiro: Rocco, 1993.

FERREIRA, C. B. de C. **Desejos Regulados**: grupos de ajuda mútua, éticas afetivo-sexuais e produção de saberes. 2012. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000878756>>

Acesso em: 10 nov. 2013.

_____. Ver com os olhos dos outros: (des) encontros e afetos em incursões etnográficas. **Revista**

Intratextos, v. 5, n.1, p. 75-94, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/intratextos.2013.11908>.

INGOLD, T. Tres en uno: cómo disolver las distinciones entre mente, cuerpo y cultura. In: SÁNCHEZ-CRIADO, T. (org.). **Tecnogénesis**. La construcción técnica de las ecologías. humanas, vol. 2. Madrid: AIBR. 2008. p. 1-33.

_____. **Ambientes para la vida**. Conversaciones sobre humanidad, conocimiento e antropología. Montevideo: Trilce, 2012.

_____. Trazendo as coisas de volta à vida: Emaranhados criativos num mundo de materiais. **Horizontes Antropológicos**, v. 37, p. 25- 44, 2012b.

KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Social Science and Medicine**, v. 12, p. 85-93, 1978.

_____. **Patients and Healers in the Context of Cultures**. An Exploration of Boderland between Anthropology and Psychiatry. Berkeley/Los Angeles: University of California Press, 1980.

LANGDON, E. J. O que beber, Como beber e Quando beber: o contexto sociocultural no alcoolismo entre as populações indígenas. In: SEMINÁRIO SOBRE ALCOOLISMO E VULNERABILIDADE ÀS DST/AIDS ENTRE OS POVOS INDÍGENAS". Londrina, PR. 14 de abril de 1999. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/021anais_seminario.pdf > Acesso em: 15 set. 2011.

MARCUS, G. Ethnography in/of the world system: the emergence of multi-sited ethnography. **Annual Review of Anthropology**, n. 24, p. 95-117, 1995.

MAUSS, Marcel. **Ensaio sobre a Dádiva**. Forma e Razão da Troca nas Sociedades Arcaicas. Lisboa: Edições 70, 2006.

MENÉNDEZ, E. Alcoholismo y proceso de alcoholización; La construcción de una propuesta antropológica. In: MENÉNDEZ, E. L. (ed.) **Antropología del Alcoholismo en México**: Los Límites Culturales de la Economía Política (1930-1979). México: la Casa Chata, 1991.

MOTA, L. de A. **A solidariedade entre os Alcoólicos Anônimos**: A dádiva na modernidade. 2003. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal do Ceará, 2003. Disponível em: <http://www.antropologia.com.br/divu/colab/d9-lmota.pdf>>. Acesso em: 5 abr. 2010.

- NEVES, D. P. Alcoolismo: acusação ou diagnóstico? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 7-36, jan-fev, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n1/08.pdf>> Acesso em: 1 ago. 2010.
- PEIRANO, M. **Rituais ontem e hoje**: Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.
- SIMMEL, G. A sociabilidade (Exemplo de sociologia pura ou formal. In: **Questões fundamentais da sociologia**: indivíduo e sociedade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.
- TAVARES, F. Experiência religiosa e agenciamentos eficazes. In: TAVARES, F.; BASSI, F. (orgs.). **Para além da eficácia simbólica**. Estudos em ritual, religião e saúde. Salvador: EDUBA, 2012. p. 261-282.
- TURNER, V. **O processo ritual**. Estrutura e antiestrutura. Petropolis/RJ: Vozes, 1974.
- ULCHOA & VIDAL. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, 10 (4): 497-504, out/dez, 1994. Disponível em: <<http://fm.usp.br/cedem/did/atencao/AntropologiaMedica.pdf>> Acesso em: 5 jun. 2013.

Anexo – Os Doze Passos

- 1- Admitimos que éramos impotentes perante o álcool - que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas .
- 2- Viemos a acreditar que um Poder Superior a nos mesmos poderia devolver-nos à sanidade.
- 3- Decidimos entregar nossa vontade e nossa vida aos cuidados de Deus, na forma em que O concebíamos.
- 4- Fizemos minuciosos e destemidos inventário moral de nós mesmos.
- 5- Admitimos, perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano, a natureza exata de nossas falhas.
- 6- Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter.
- 7- Humildemente, rogamos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições.
- 8- Fizemos uma relação de todas as pessoas que tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados.
- 9- Fizemos reparações dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-lo significasse prejudicá-las ou a outrem.
- 10- Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente.
- 11- Procuramos, através da prece e da meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, na forma que O concebíamos, rogando apenas o conhecimento de Sua vontade em relação a nós e forças para realizar essa vontade.

12- Tendo experimentado um despertar espiritual, por meio desses passos, procuramos transmitir esta mensagem aos alcoólicos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades.

CAPÍTULO 5

“O Bolsa Família tem ajudado muito a gente”: usos das condicionalidades da saúde no Programa Bolsa Família

*Pedro Nascimento
Márcia Alexandrino Lima*

O enunciado que dá título a esse capítulo pode parecer corriqueiro se o associarmos a uma pessoa que é beneficiária do Programa Bolsa Família (PBF). São muitas as fontes que têm difundido os efeitos de transformação da vida de milhares de participantes desse programa de transferência de renda condicionada do Governo Federal. O próprio governo tem sido um dos principais divulgadores dos impactos positivos na vida dos “mais de 20 milhões de brasileiros que saíram da extrema pobreza”. O entusiasmo com que esses resultados têm sido percebidos, pelo Estado, por analistas e pela população em geral, é facilmente identificado nas falas e experiências das pessoas beneficiárias.

No entanto, a sentença do título chegou-nos inicialmente por uma das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) de uma das unidades de saúde onde a pesquisa que dá base a esse texto foi desenvolvida. Esta afirmação, feita em um de nossos primeiros contatos em campo, foi frequentemente repetida por outras agentes de saúde, bem como por outros profissionais dos serviços de atenção básica à saúde. A percepção é que, pelo fato de receberem “o Bolsa Família”, essas pessoas, particularmente as mulheres, estariam “atendendo” mais prontamente às exigências de, por exemplo, realização de exames preventivos, vacinação e pesagem das crianças. “Falou em Bolsa Família, todo mundo se mexe” – uma afirmação recorrente.

Este capítulo está focado no contexto de produção desses enunciados, seus efeitos práticos e as classificações que eles geram. Para compreender a forma como tem se dado a gestão das condicionalidades da saúde nesse cenário específico, em um primeiro momento, apresentaremos as motivações da pesquisa e seu contexto etnográfico: o município de Rio Tinto, no litoral norte da Paraíba¹. Na sequência, apresentaremos em linhas gerais o PBF; a lógica envolvida na exigência das condicionalidades e, particularmente, a forma como as condicionalidades da saúde são apresentadas. Destacaremos, a

1 Além dessa pesquisa específica realizada na Paraíba, o primeiro autor atuou como consultor do então Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), em pesquisa etnográfica entre novembro de 2014 e abril de 2015, em outras quatro localidades: Belo Horizonte/MG; Garopaba/SC; Ceilândia/DF; Belém/PA. Embora não aborde diretamente os resultados dessa consultoria neste texto, essa experiência reafirma algumas das questões observadas em Rio Tinto, e indica que os achados aqui apresentados não se restringem a essa localidade.

partir da análise de materiais técnicos destinados aos profissionais de saúde, as expectativas de atuação desses profissionais e a forma como essa expectativa de ação se cruza com concepções mais amplas do Sistema Único de Saúde (SUS), particularmente a Estratégia Saúde da Família (ESF). Em um terceiro momento, a partir de relatos etnográficos, discutiremos a forma de gestão dessas condicionalidades, do ponto de vista de profissionais e de algumas das mulheres titulares do PBF.

Retomaremos a discussão sobre as exigências de condicionalidades, da forma como tem sido considerada por críticos que veem nessa modalidade uma expressão da biopolítica, assim como a reflexão feita por pesquisadoras feministas sobre a reificação de lugares de gênero na efetivação dessas políticas. Nessa direção, a análise aqui empreendida dialoga com o campo de estudos sobre políticas de Estado, os modos de governo e as práticas de poder em que o Estado é produzido em relações específicas e a racionalidade estatal e as moralidades se mesclam na prática cotidiana (cf. SOUZA LIMA, MACEDO, CASTRO, 2008; SCHUCH, 2009; FONSECA, SCALCO, 2015; FERGUSON, GUPTA, 2002; CASTILHO, SOUZA LIMA, TEIXEIRA, 2014). Nesse diálogo, o entendimento das formas contemporâneas de governo das populações é central (FOUCAULT, 1988, 2005, 2008a, 2008b; ROSE, MILLER, 1992; RABINOW, ROSE, 2006; FASSIN, 2009). Essa abordagem se cruza com outras áreas de interesse da antropologia, como gênero e família (TRAD, 2010; SARTI, 2010; SCOTT, 2011), a partir de uma preocupação acerca da forma como as políticas públicas precisam ser compreendidas como sendo cruzadas e orientadas por olhares marcados pelo gênero (FONSECA, 2012; DAL'IGNA, KLEIN, MEYER, 2014), assim como de um entendimento particular do que é a família (FONSECA, 2015) e como esta tem sido instrumentalizada historicamente em práticas de poder (DONZELOT, 1986). Ao relacionar esses campos, pretendemos contribuir para o debate sobre como o Programa Bolsa Família pode ser visto com um dos exemplos acerca dos modos pelos quais as tecnologias de governo contemporâneas continuam a instrumentalizar categorias tradicionais para o alcance de objetivos pactuados globalmente com base em noções como direitos humanos e desenvolvimento (MOLYNEUX, 2006; MOLYNEUX; THOMSON, 2011).

Pesquisando a articulação entre família, saúde e políticas públicas

O interesse em pesquisar a relação entre serviços de saúde e as condicionalidades do Programa Bolsa Família surgiu durante a realização de outra pesquisa, em Maceió, Alagoas, sobre serviços voltados à saúde reprodutiva na rede pública de saúde. Em pesquisas anteriores, sempre foi possível identificar a preocupação das agentes comunitárias de saúde em anotarem em seus formulários o peso e a altura das crianças. No entanto,

naquele momento, em 2011, a pergunta “Já levou seu filho pra pesar?” era muito mais recorrente, e invariavelmente uma das primeiras a serem feitas. Ao perguntar a uma das agentes de saúde sobre essa ênfase, ela comentou a preocupação das mulheres de que se não fizessem isso poderiam “perder o Bolsa Família”.

Aquela pesquisa em Maceió continuou focada na busca por compreender como estava organizada a rede de atenção à saúde, de modo a garantir ou não meio de contracepção às mulheres atendidas. Ali se aprofundou o interesse na relação entre as visões correntes sobre os pobres, por parte dos profissionais de saúde. Os discursos controlistas, a percepção dos pobres como aqueles que não se cuidam e, assim, são responsáveis por suas condições de vida, se explicitavam ali. (NASCIMENTO; MELO, 2014).

Foi a partir daí que se aprofundou o interesse pelo acompanhamento feito pelos serviços de saúde das famílias beneficiárias do PBF, fazendo parte de um conjunto crescente de pesquisas sobre esse Programa no Brasil (ver SILVA, 2007; PIRES, REGO, 2013; REGO, PINZANI, 2014; PIRES, JARDIM, 2014, entre outros). De que forma é feito esse acompanhamento? Esses serviços estariam identificando (ou criando) algum novo tipo de distinção entre aquelas famílias? Essas perguntas, certamente, estavam relacionadas a uma inquietação pessoal diante das muitas questões frequentemente veiculadas pela mídia e em comentários feitos por diferentes sujeitos sobre os (maus) usos do Bolsa Família, dentre eles a consideração de que mulheres estariam tendo mais filhos para se beneficiar do programa.

Procurando uma via de investigação para estas inquietações e curiosidades, buscamos informações sobre o Programa Bolsa Família (PBF), desde já com interesse nas chamadas condicionalidades, particularmente aquelas na área da saúde. Chamou-nos atenção, naquele momento, um conjunto de matérias veiculadas na imprensa que reproduziam conteúdo do *site* do Ministério de Desenvolvimento Social (MDS), de agosto de 2012, como o título: “Bolsa Família registra maior acompanhamento de saúde desde 2005”. A matéria informava:

No acompanhamento por região, o destaque é o Nordeste, que monitorou 76,09% das famílias inscritas, superando os 74% da vigência anterior. Nos estados, Roraima aparece em primeiro lugar no número de famílias acompanhadas, com 84,9% das cadastradas. Em seguida vêm o Rio Grande do Norte, com 79,8%, e a Paraíba, com 79,3%.²

² Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/saladeimprensa/noticias/2012/agosto/bolsa-familia-registra-maior-acompanhamento-de-saude-desde-2005>>.

O que esses números poderiam significar em termos do desenvolvimento dos serviços de saúde? Como se chegava a esses dados? O que colocava o Estado da Paraíba nesse lugar de destaque? Nesse momento, não existia clareza sobre como se dava esse acompanhamento por parte da saúde, e o significado das condicionalidades. No entanto, ocorriam imagens de um mutirão de profissionais para identificar as famílias faltosas no melhor estilo “A polícia das famílias”.

Os caminhos da pesquisa: situando Rio Tinto, Paraíba

O município de Rio Tinto está situado na microrregião do Litoral Norte do Estado da Paraíba, com uma população de 22.976 habitantes, distando 54 km da capital, João Pessoa. O território do município contempla as áreas da Terra Indígena Potiguará (Monte-Mór). A economia local é baseada na monocultura da cana-de-açúcar, que é fornecida para usinas situadas nas circunvizinhanças do município (Miriri, Monte Alegre e Japungu), presentes de forma marcante na paisagem e na vida dos moradores da região. Além do trabalho nos canaviais, os trabalhadores locais investem na agricultura familiar, produzindo milho, feijão, macaxeira, inhame e batata doce, bem como na atividade da pesca pelos ribeirinhos.

O município surgiu historicamente a partir do estabelecimento da Companhia de Tecido de Rio Tinto (CTRT), fundada por um teuto-sueco, Herman Theodor Ludgren, naturalizado brasileiro, com atividades econômicas estabelecidas inicialmente em Pernambuco, na década de 1920. Após a aquisição de terras de proprietários de engenhos locais, como também de terras habitadas por índios Potiguaras e cobertas por Mata Atlântica, foi instalada a fábrica têxtil cuja produção se iniciou em 1924 (GÓES, 1963; FERNANDES, 1971; PALITOT, 2008; SOUSA, 2013;).

Em fins da década de 1960, em decorrência da crise econômica e da modernização da indústria têxtil, a fábrica passa por instabilidades, realizando demissão em massa de trabalhadores em 1970. Em 1975, as terras dos Lundgren foram vendidas ou arrendadas para o cultivo da cana-de-açúcar, por ocasião da criação do Programa Nacional do Alcool (Proalcool), destruindo parte da reserva de Mata Atlântica da região.

Para a história local, é em torno dessa atividade fabril que trabalhadores se fixaram e deram origem à cidade, emancipada em 1956 (Lei Estadual nº 1622 de 6 de dezembro de 1956). Igualmente, a paisagem local é fortemente marcada pela presença dos canaviais. De todos os sítios (como são nomeadas as localidades rurais pesquisadas) é possível avistar a plantação de cana de açúcar, sendo as ruas, em muitos casos, margeadas pela área da usina. Ao longo da pesquisa, foi recorrente a associação feita pelos moradores entre uma fase antes e depois da chegada das usinas. Há uma referência positiva à

chegada de serviços e equipamentos de saúde e educação e os empregos provindos das usinas. Ao mesmo tempo, há certa nostalgia de um tempo em que ali “era tudo mato”, sem a pressão das usinas. Referem-se a um tempo sem desmatamento, queimadas e sem a poluição do mangue e dos rios que banham a região, o que levou à diminuição dos recursos pesqueiros e ao surgimento de doenças relacionadas a essa poluição.

A pesquisa nas unidades de saúde

Após os contatos iniciais com a Secretaria de Saúde do município, em outubro de 2013, nos foi sugerido conhecermos “um PSF” instalado na zona rural³. Na unidade onde a pesquisa teve início, nos primeiros contatos com a equipe de saúde, chamou-nos atenção a forma como se referiam a um desses locais especificamente⁴. Embora à primeira vista nos parecesse haver pouca distinção entre as diferentes áreas rurais, aquele emergia sempre como um “local problemático” – na fala de todos os profissionais com os quais lidamos.

Quando falamos para a coordenadora da atenção básica do nosso interesse em pesquisar a relação com o Bolsa Família, ela repetiu algumas das compreensões que ouviríamos de todos os profissionais com quem falamos: a pobreza e o alto número de filhos das mulheres. Disse que o número de gravidezes é alto e lamentou que a laqueadura só possa ser feita depois dos 25 anos de idade⁵. Do mesmo modo, na conversa com a enfermeira da USF, perguntamos se havia alguma diferença entre as localidades onde ela atuava, em termos das condições econômicas e sociais. Ela disse que aquele era o mais pobre; além de mais pobre, seria o mais problemático, em sua visão, reunindo todo o tipo de mazelas: muita pobreza, violência, drogas; “até prostituição tem”, ela disse com alguma perplexidade e contrariedade. Perguntamos se achava que existia alguma explicação para os problemas listados, e ela respondeu com uma franqueza desconcertante: “É porque é onde tem mais pobreza mesmo”. Embora mais presentes nessa comunidade, mantivemos contato com sujeitos de outras três localidades na zona rural e um bairro na área urbana do município.

³ Optamos por omitir o nome das Unidades de Saúde onde a pesquisa se desenvolveu principalmente, bem como os nomes dos/as profissionais envolvidos/as e moradores/as das localidades pesquisadas.

⁴ Rio Tinto possui nove Unidades da Saúde da Família (USF), sendo três na zona rural e seis na zona urbana. Segundo informações disponibilizadas pela Secretaria de Assistência Social na vigência de dezembro de 2013 foram acompanhadas 2.434 famílias com características para acompanhamento (86,62%) de um total de 2.810 famílias ficaram sem ser acompanhadas. Desse total foram acompanhadas: 18 gestantes, 18 gestantes com pré-natal em dia, 1.317 crianças, 1.258 crianças com vacinação em dia, 1.311 crianças com dados nutricionais.

⁵ Em 1996 foi sancionada a Lei de Planejamento Familiar (Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996). Com a implantação dessa lei, para a realização da laqueadura pelo SUS são necessários: ter no mínimo 2 filhos vivos e no mínimo 25 anos de idade.

Além de acompanharmos a dinâmica de atendimentos nas unidades de saúde, interagindo com as pessoas na sala da espera, foram feitas muitas incursões pela área, na companhia das agentes comunitárias de saúde e também desacompanhados, para contato com os/as moradores/as. Na sede do município, mantivemos contato também com profissionais da Secretaria de Assistência Social, incluindo a equipe de cadastro do Programa Bolsa Família no município e profissionais do Centro de Referência em Assistência Social (Cras). No tópico a seguir, traremos alguns elementos para caracterizar o PBF e passaremos a abordar de modo mais direto a relação entre esse programa e os serviços de saúde, destacando o que são as condicionalidades, particularmente, as condicionalidades na saúde; as responsabilidades dos profissionais de saúde nessa questão; os mecanismos para o seu monitoramento.

Programa Bolsa Família: breve histórico e caracterização

O Programa Bolsa Família, criado em 2003, durante o governo Lula, pode ser considerado como um desdobramento de políticas que tiveram início, no Brasil, nos anos 1990. Em um primeiro momento, pode ser destacado o Projeto de Lei do Senador Eduardo Suplicy, de 1991, que tinha por objetivo criar o Programa de Renda Mínima. Posteriormente, experiências pioneiras foram implantadas nas cidades de Campinas, Ribeirão Preto, Belo Horizonte e no Distrito Federal (MAGALHAES; BURLANDY; SENNA, 2007: 1419). A partir dessas experiências e da criação do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico) foram criadas condições para uma expansão do programa em nível nacional. Antes da criação do PBF, houve iniciativas federais no Governo de Fernando Henrique Cardoso, como o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (Peti) e o Programa Bolsa Escola.

O PBF pode ser entendido como uma unificação de alguns programas anteriores como o Bolsa Escola, Auxílio Gás, Bolsa Alimentação e Cartão Alimentação. Essa unificação tinha por objetivo aumentar o valor das transferências e melhorar o gerenciamento e a efetividade do gasto social (SILVA, 2007). O PBF é um programa de transferência de renda condicionada que tem por alvo famílias que vivem na pobreza e extrema pobreza em todo o país (BRASIL, 2004). A partir de 2011, o PBF passou a integrar o Plano Brasil Sem Miséria, que visava articular o Bolsa Família com outras ações para a superação da pobreza, baseando-se nos princípios de garantia de renda básica para o alívio imediato da pobreza; inclusão produtiva e acesso a serviços públicos (particularmente saúde e educação), o que faz com que sua concepção se aproxime dos modelos de programas introduzidos na América Latina. (HEVIA DE LA JARA, 2011, p. 340).

A seleção das famílias para o Bolsa Família é feita com base nas informações registradas pelo município no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal. O CadÚnico é um instrumento de coleta e gestão de dados que tem como objetivo identificar todas as famílias de baixa renda existentes no Brasil. Com base nesses dados, o Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário (MDS – anteriormente, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome) seleciona, de forma automatizada, as famílias que serão incluídas para receber o benefício. No entanto, o cadastramento não implica a entrada imediata das famílias no Programa e o recebimento do benefício.

Cabe reforçar que o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal, como o próprio nome sugere, é muito mais amplo que o PBF, embora permaneça, no nível popular, uma redução de um a outro. O CadÚnico é entendido pelo Governo Federal como sendo a “porta de entrada” para diversos serviços e programas. A existência do Cadastro visa contribuir, por exemplo, para a identificação das famílias em situação de maior vulnerabilidade. Além disso, o acesso a outras políticas públicas voltadas à inclusão produtiva, como o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec) ou o Programa de Aquisição de Alimentos (PAA), só é possível para aquelas pessoas inseridas no CadÚnico. Essas são políticas que têm sido criadas para enfrentar o fato de que, embora os participantes do PBF que estão inseridos no mercado de trabalho apresentem nível de atividade, ocupação e jornada bastante similares aos dos não beneficiários, sua participação no mercado de trabalho ocorre em “bases mais precárias, com taxas mais elevadas de desemprego e de trabalho sem remuneração”. (JACCOUD, 2013, p. 298).

O Bolsa Família tem gestão descentralizada. Em nível federal, o MDS é o responsável pelo Programa, e a Caixa Econômica Federal é o agente que executa os pagamentos. Já Estados, municípios e o Distrito Federal têm atribuições específicas de implementação local do Programa e acompanhamento das condicionalidades. O pagamento é feito às famílias selecionadas através de um cartão de saque, o Cartão Bolsa Família, emitido pela Caixa Econômica Federal (daqui em diante designada por Caixa) que notifica as pessoas, via correspondência enviada pelos Correios, para que retirem o cartão em uma unidade da Caixa (BRASIL, 2004)⁶.

⁶ O PBF destina-se a dois tipos de famílias, definidas como “pobres e extremamente pobres” com base na renda per capita mensal da residência. (BRASIL, 2004). A definição de “família extremamente pobre” inclui aquelas com renda per capita mensal de até R\$ 77. “Família pobre” refere-se àquelas com renda per capita de R\$ 77 a R\$ 154. O valor do benefício é calculado caso a caso e é considerado o número de crianças, adolescentes mulheres grávidas e nutrízes na residência. Assim, todas as famílias com renda por pessoa de até R\$ 77 mensais estão habilitadas a receber o benefício. As famílias com renda por pessoa entre R\$ 77,01 e R\$ 154 mensais podem receber desde que tenham em sua composição crianças ou adolescentes de 0 a 17 anos. A concessão do benefício depende de quantas famílias já foram atendidas no município, em relação à estimativa de famílias pobres feita para essa localidade,

Condicionalidades: princípios e mecanismos de operacionalização

O fato de o Bolsa Família ser um programa de transferência de renda condicionada implica que as famílias beneficiárias devem atender certos compromissos (condicionalidades), cujo descumprimento pode resultar em advertência, suspensão ou bloqueio da renda recebida. Por exemplo, as famílias que têm filhos até cinco anos de idade devem mantê-los na escola e fazer o acompanhamento de saúde, incluindo vacinação. Da mesma forma, mulheres gestantes ou que estejam amamentando devem fazer acompanhamento no serviço comunitário de saúde.

A referência às condicionalidades é apresentada já quando são anunciados os eixos principais do PBF, e o entendimento oficial de sua exigência é que, enquanto a transferência de renda promove o alívio imediato da pobreza, as condicionalidades “reforçam o acesso a direitos sociais básicos nas áreas de educação, saúde e assistência social; e as ações e programas complementares objetivam o desenvolvimento das famílias, de modo que os beneficiários consigam superar a situação de vulnerabilidade”⁷.

O enunciado de que as condicionalidades “reforçam o acesso a direitos sociais básicos nas áreas de educação, saúde e assistência social” é central para a análise desenvolvida nessa pesquisa. Desse ponto de vista, as condicionalidades são entendidas, ao mesmo tempo, como uma responsabilidade do Estado de garantia de acesso a esses serviços, e uma “contrapartida” ou “compromisso” da população beneficiária. A compreensão é de que:

As Condicionalidades são os compromissos assumidos tanto pelas famílias beneficiárias do Bolsa Família quanto pelo poder público para ampliar o acesso dessas famílias a seus direitos sociais básicos. Por um lado, as famílias devem assumir e cumprir esses compromissos para continuar recebendo o benefício. Por outro, as condicionalidades responsabilizam o poder público pela oferta dos serviços públicos de saúde, educação e assistência social (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL, *site*).

De acordo com essa compreensão, cabe ao poder público “fazer o acompanhamento gerencial para identificar os motivos do não cumprimento das condicionalidades. A partir daí, são implementadas ações de

além da disponibilidade orçamentária do governo federal. Atualmente o valor pago por família varia entre R\$35 e R\$336, com um valor médio de R\$167. De acordo com dados do MDS, no primeiro semestre de 2016, cerca de 14 milhões de famílias tiveram sua renda complementada pelo Bolsa Família – cerca de 50 milhões de pessoas ou 1/4 da população brasileira.

⁷ Fonte disponível em: <<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>>

acompanhamento das famílias em descumprimento, consideradas em situação de maior vulnerabilidade social” (MDS site). Nessa mesma direção, o documento *Orientações para o acompanhamento das ações do Programa Bolsa Família* da Controladoria Geral da União reafirma a compreensão de que o acompanhamento das condicionalidades tem em vista promover e ampliar o acesso das famílias aos serviços básicos como saúde, educação e assistência social. Informa que “além de ser um dever, cumprir as condicionalidades é um direito das famílias”. (CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO, 2012, p. 32)

Com base em uma lógica que considera os beneficiários como indivíduos que tomam decisões racionais, como se tivessem por meta maximizar benefícios a partir do mesmo ponto de vista dos idealizadores da política, o MDS orienta como deveria ser o encaminhamento para que o benefício não chegue a ser “bloqueado, suspenso ou até mesmo cancelado”, em caso de descumprimento das condicionalidades:

A família que encontra dificuldades em cumprir as condicionalidades deve, além de buscar orientações com o gestor municipal do Bolsa Família, procurar o Centro de Referência de Assistência Social (Cras), o Centro de Referência Especializada de Assistência Social (Creas) ou a equipe de assistência social do município. O objetivo é auxiliar a família a superar as dificuldades enfrentadas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

A expectativa de oferta de serviços universais é um dos pilares do Sistema Brasileiro de Proteção Social, junto com a garantia de renda. Esse eixo refere-se a um conjunto de serviços que objetivam garantir patamares de bem-estar, cuidados e aquisições, fora do mercado: “Opera ainda com a responsabilização coletiva de riscos individuais – em especial na saúde, mas também na assistência social e na educação”. (JACCOUD, 2013, p. 296). É largamente reconhecido que a criação do PBF ampliou e reforçou o sistema de garantia de renda. Por outro lado, o entendimento oficial é que o PBF se integra ao eixo da oferta de serviços universais por meio das condicionalidades em educação e saúde.

A compreensão que opera na exigência das condicionalidades é de que estas são importantes para o alcance do objetivo maior do PBF, qual seja, “o rompimento do ciclo geracional da pobreza, que condena pobres à inércia na ascensão social por gerações. Para garantir seu benefício mensal, espera-se que as famílias passem a fazer uso dos serviços de educação e saúde”. (PIRES; JARDIM, 2014, p. 101). As condicionalidades referem-se, especialmente, à presença escolar (frequência mínima de 85%) e monitoramento da saúde, o que inclui vacinação das crianças e acompanhamento do estado nutricional.

Igualmente, mulheres grávidas e nutrizes devem cumprir uma frequência mínima aos serviços de atenção básica à saúde.

Atualmente, as condicionalidades na área da educação são verificadas bimensalmente e as da saúde, duas vezes ao ano. Como dito anteriormente, o não cumprimento das condicionalidades pode implicar em que as famílias sejam advertidas e em que tenham seus benefícios suspensos ou bloqueados. A portaria que instituiu o PBF afirma que nenhuma família deixará de receber o benefício sem antes ter o acompanhamento do Estado – isso visaria a não caracterizar as condicionalidades como punição. No entanto esse é um processo complexo, onde estão envolvidos mecanismos de cadastramento e atualização cadastral (que deve ser feito a cada dois anos), nem sempre claramente percebidos pelas pessoas que recebem o benefício, como será discutido adiante.

Na pactuação da gestão descentralizada do PBF, cabe às coordenações municipais do Programa Bolsa Família o monitoramento das condicionalidades. A Portaria nº 148, de 27 de abril de 2006 delibera sobre a gestão do Bolsa Família e do Cadastro Único e cria o Índice de Gestão Descentralizada do PBF (IGD). É com base nesse índice que se avalia a qualidade da gestão local do PBF e do CadÚnico e são definidos os recursos que serão repassados aos entes federados. Entre as atribuições locais que são avaliadas, estão a qualidade das informações disponíveis no Cadastro e sua atualização, bem como as informações das condicionalidades da área de educação e saúde. As informações sobre presença escolar são fornecidas ao MDS pelas direções das escolas. Por sua vez, cabe ao serviço de atenção básica à saúde o envio das informações para as secretarias municipais de saúde que, por sua vez, informam o MDS por meio de um sistema particular, o Programa Bolsa Família na Saúde (bolsafamilia.datasus.gov.br/). Nesse aspecto o monitoramento das condicionalidades na saúde implica uma relação estreita entre a Assistência Social, que implementa o Bolsa Família, e o Sistema Único de Saúde.

Este sofisticado sistema de informações não impede, por sua vez, que haja problemas na comunicação entre beneficiários e potenciais beneficiários, por um lado, e as diversas instâncias estatais, por outro. Este problema se agrava à medida que entendemos que a população alvo desse programa é exatamente aquela mais excluída social e economicamente e que, muitas vezes, não dispõe dos instrumentos para atender a todas as demandas por atualização cadastral e informação de dados sobre condicionalidades, por exemplo.

As condicionalidades na saúde: expectativas de articulação entre o SUS e o PBF

As condicionalidades do PBF envolvem três áreas principais – a educação, a assistência social e a saúde, como vimos acima. As condicionalidades de saúde abarcam ações voltadas para mulheres grávidas e que estejam amamentando, assim como para responsáveis por crianças de até sete anos de idade. Mulheres grávidas e lactantes deverão: inscrever-se no pré-natal e comparecer às consultas; participar em atividades educativas sobre aleitamento materno, orientação para uma alimentação saudável da gestante e preparo para o parto. Para os responsáveis por crianças menores de sete anos, as condicionalidades implicam cumprir o calendário de vacinação e levar as crianças ao posto de saúde, com o cartão de saúde da criança, para acompanhamento do seu desenvolvimento físico, entre outras ações, conforme o calendário estipulado pelo Ministério da Saúde.

As informações sobre saúde são registradas semestralmente no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) sob a responsabilidade dos profissionais de saúde. Dessa forma, além do Sisvan, nas etapas de acompanhamento das ações na saúde, a Estratégia de Saúde da Família tem papel central. Essas atribuições estão definidas na Portaria Interministerial nº 2.509 (MS/MDS) que dispõe sobre as atribuições e normas para a oferta e o monitoramento das ações de saúde relativas às condicionalidades das famílias beneficiárias do PBF, onde o papel das secretarias municipais de saúde é definido. (BRASIL, 2004). O Manual de orientações sobre o Bolsa Família na saúde, em sua 3ª edição apresenta de forma mais detalhada os compromissos dos beneficiários com o Programa Bolsa Família; reafirma que o SUS é responsável pelo acompanhamento da saúde das famílias beneficiárias e explicita os pressupostos na base dessas exigências (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Ainda ao se referir ao acompanhamento, no *site* da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde)⁸, é possível perceber mais elementos sobre os significados das condicionalidades. Afirma-se que o acompanhamento da saúde dos beneficiários “vai além do simples registro de informações nos Mapas de Acompanhamento e transmissão de dados pelo Sistema de Gestão do PBF na Saúde”. A ideia é que a assistência às crianças, gestantes e nutrízes beneficiárias “permite identificar situações de risco à saúde, possibilitando atuar e auxiliar na busca de alternativas para sua constante melhoria”.

Nessa definição, nota-se de quem são as responsabilidades por esse acompanhamento:

⁸ Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnan.php>>.

As equipes de Saúde da Família, **em especial o Agente Comunitário de Saúde (ACS)**, têm papel central na **promoção à Saúde da Criança e à Saúde da Mulher como um todo**. Os ACS estimulam e orientam as nutrizes e famílias sobre o valor do aleitamento materno exclusivo; promovem o acompanhamento do pré-natal das gestantes; acompanham o crescimento e desenvolvimento infantis, identificando rapidamente aquelas com desnutrição, e também excesso de peso e, orientam toda a família sobre a importância da promoção da alimentação e nutrição adequadas para a saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 5, grifo nosso)

Ao destacar as “contribuições importantes dos ACS para o PBF na saúde”, nas quais “o ACS também tem um papel fundamental”, o documento destaca que essas compreendem “a orientação às famílias beneficiárias sobre diversos aspectos de saúde e registro no Mapa de Acompanhamento das informações das condicionalidades da saúde juntamente com a equipe de saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Da observação dessas atribuições, podemos destacar algumas questões. Uma delas, citada explicitamente no texto da cartilha de orientação aos profissionais, é a ênfase colocada na responsabilidade das ACS. Embora seja uma atribuição que já faz parte das demandas do PSF, sua articulação com um novo programa chama atenção. Os mapas de acompanhamento vêm se juntar a um conjunto vasto de outros registros já sob a responsabilidade das ACS. Essa expectativa de que essas profissionais ocupam uma posição estratégica, intermediária, nas relações entre os serviços de saúde e a “comunidade” já foi discutida por outros pesquisadores (SCOTT, 2001; VICTORA, KNAUTH, OLIVEIRA, 2008) e foi apontado o que há de idealização nela, além da efetiva possibilidade de ocupar igualmente “dois lugares” – “parte da equipe de saúde” e “parte da comunidade”.

Essa relação entre ser da equipe de saúde e da comunidade é marcada no discurso de uma das agentes de saúde que, em conversa conosco, comentou que em certos dias chagava em casa “arrasada”, porque certas atribuições estariam longe do seu alcance como profissional. Ela enfatizava que, muitas vezes, mesmo não estando em horário de trabalho, exercia a função de agente, por estar ligada diretamente à unidade de saúde: “Às vezes estou em casa e as pessoas chegam me chamando para perguntar alguma coisa do posto. Olhe, temos de ser médica, enfermeira, psicóloga e assistente social. Nos deparamos com muitas coisas”. Outra ACS nos falou que há um número mensal de visitas a serem realizadas por cada uma delas a cada família, porém, elas acabam indo além do estabelecido, em virtude das necessidades que vão surgindo ao longo do mês. Segundo ela, às vezes acontece dessas visitas serem realizadas em apenas uma semana, porque

podem surgir inesperadamente, por exemplo, exames ou receitas médicas para entregar.

Dessa forma, nas atribuições indicadas nos manuais oficiais e na prática do serviço das agentes de saúde, percebemos que se continua a esperar dessas profissionais o resultado principal da busca e acompanhamento das famílias. Da forma como é exposto no texto da cartilha em análise, além dessa expectativa, chama atenção o fato de que se recorre ao idioma de satisfação profissional como elemento para justificar seu investimento no trabalho: “O acompanhamento é uma tarefa muito gratificante para o agente, pois, é o momento em que se observam os resultados das ações de toda a equipe de saúde sobre a sua comunidade”. Em que pese o reconhecimento de que as agentes de saúde relatam uma relação de preocupação com as famílias que trabalham e demonstram interesse nas atividades que desenvolvem, os relatos de precarização das condições de trabalho são constantes, e apontam para os limites da definição de atribuições com base no idioma da satisfação do profissional com os resultados obtidos.

Da forma como está exposto, de modo sequenciado, a referência à “saúde da criança” e “saúde da mulher” remete a uma compreensão do domínio “materno-infantil”, cujas limitações e reificação já foram largamente analisadas e criticadas pelo movimento feminista (VILLELA; MONTEIRO, 2006); um enfoque que se tenta superar em termos programáticos e discursivos há bastante tempo.

Os Programas de Transferência de Renda Condicionada têm sido reconhecidos internacionalmente pela redução da pobreza e pelo seu significado de mais investimento em capital humano. No entanto, as condicionalidades estão envolvidas em um amplo debate no qual não há consenso acerca de sua legitimidade e mesmo eficácia no alcance desses objetivos. Do ponto de vista do governo federal, as condicionalidades se justificam como sendo uma forma de romper o ciclo intergeracional da pobreza, garantindo acesso das famílias a serviços básicos, como vimos. Alguns autores questionam essa orientação ao afirmar que a exigência de condicionalidades é contrária a uma concepção de direitos humanos. Ou seja, se Educação e Saúde são considerados direitos constitucionais, como seria possível exigir contrapartidas dos cidadãos como forma de acesso a esses “direitos”? (ZIMMERMANN, 2010).

Mesmo quando as condicionalidades são entendidas a partir de sua potencialidade para facilitar o acesso dos mais pobres a serviços como saúde e educação, outros desafios se apresentam: estariam os serviços locais de saúde e educação aptos a atender a demanda dessa população? É por essa razão que alguns autores dizem que, em certo sentido, as condicionalidades deveriam ser cobradas do Estado e não das famílias que, por sua condição de

vulnerabilidade, estão afastadas desses direitos básicos (MONNERAT et al., 2007).

Quando o descumprimento de condicionalidades implica bloqueio ou suspensão do repasse do dinheiro, alguns autores também consideram que essa perspectiva punitiva não contribui para o alcance dos objetivos de promoção social do Programa: “[...] Não se pode deixar de considerar as condições que as famílias pobres dispõem para atender as requisições impostas, tendo em vista as dificuldades cotidianas de sobrevivência a que a maioria está exposta” (MONNERAT et al., 2007, p. 1461-1462).

Ainda, de outro ponto de vista, questionam-se os impactos da exigência de condicionalidades, quando são cumpridas, no acesso a serviços públicos de saúde e educação (PIRES; JARDIM, 2014, p. 102). Ao se identificar que, mesmo quando não condicionado, o aumento da renda familiar leva a um aumento do investimento em saúde e educação (HALON et al., 2010), questiona-se se seria possível atingir os mesmos níveis de frequência escolar e acompanhamento médico, por exemplo, sem o recurso às condicionalidades (PIRES; JARDIM, 2014, p. 102). Por fim, poder-se-ia questionar se a obrigatoriedade de condicionalidades, de acordo com a forma como são monitoradas e exigidas, levaria ao reforço do estigma associado aos pobres como sendo negligentes.

As condicionalidades da saúde na percepção da equipe de saúde

Por alguma razão, acreditávamos que, ao tratar da relação entre o Bolsa Família e os serviços de saúde, este fato seria mais imediatamente percebido pelos profissionais de saúde. Nesse ponto, uma das questões que se destaca é que não parecia haver por parte desses profissionais qualquer demanda específica que envolvesse usuários dos serviços de saúde que são beneficiários do PBF. As conversas com a enfermeira, coordenadora do PSF, remetiam sempre à ideia de que as atribuições referentes àquela população são mais amplas e não haveria especificidade em relação aos beneficiários do PBF. Em uma de nossas conversas, a enfermeira nos sugeriu procurarmos a nutricionista do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) que, segundo ela, lidaria com questões relacionadas a isto. No entanto, aos poucos, fomos percebendo que essa demanda estava mais claramente colocada para as agentes de saúde, à medida que elas nos falavam sobre os desafios de seu trabalho.

Para a enfermeira, a agente de saúde é uma mediadora importante, pois é quem tem mais contato com as usuárias. Para ela, “as pessoas não querem cuidar de si. Por isso a importância do agente. O agente é que vai de casa em casa, está sempre perguntado se já fez esse exame e se já fez aquele e está em contato direto com as pessoas da comunidade”.

O ponto de partida para acessarmos essas informações foram as questões mais corriqueiras da prática das agentes de saúde⁹. Ao pedirmos para que estas profissionais nos falassem de seu trabalho, emergiram, em um primeiro momento, as resistências das mulheres em frequentar a unidade de saúde e ameaças, por parte dos homens, para que as mulheres não realizassem, por exemplo, exames ginecológicos. Foi nesse contexto de resistência que ouvimos uma fala instigante, que se repetiu em diversas situações, sobre os usos feitos do PBF pelas agentes de saúde: “O Bolsa Família tem ajudado muito a gente”. Uma das agentes de saúde, já em nosso primeiro contato, falou sobre a dimensão da área de cobertura das agentes e dificuldades de acesso. Contou-nos com entusiasmo que “agora o trabalho está muito mais fácil”, pois havia uma área, na fazenda de uma usina, que ela tinha que cobrir antes, mas que as pessoas mudaram para o sítio onde ela mora por imposição da usina, e ela não tem mais que atuar lá. Fala que era muito longe e tinha que ir até lá por sua própria conta.

A outra agente de saúde, que trabalha na área desde que o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi instalado no local, também relatou, já no primeiro contato, que entre as mulheres de sua área “existe um tabu; as mulheres de mais de 40 se acham velhas, e já não querem fazer os exames” como o citológico¹⁰ e mamografia. De acordo com seu relato, as jovens têm mais facilidade em receber as ações preventivas em decorrência de serem mais esclarecidas e entenderem a importância de realizar os exames preventivos. Mas isso é fruto dos mais de 16 anos de trabalho realizado desde a implantação da USF. Demonstrando gostar do que faz, afirma que é um trabalho que adquire respeito e é muito gratificante porque consegue ver os frutos do seu trabalho no longo prazo.

Foi ela quem primeiro nos disse que, para as mulheres fazerem os exames, “tem que falar do Bolsa Família. Aí elas fazem”. Falou também de mães que não queriam levar os filhos para vacinar, mas “quando se fala na Bolsa Família elas vão. Sempre funciona, é só falar”. Pouco depois, nos disse em um tom mais alto da voz, rindo: “O Bolsa Família tem ajudado muito a gente. Falou bolsa família, todo mundo se mexe”.

Na sequência de casos, essa agente de saúde nos contou situações em que, à resistência das mulheres, soma-se a resistência dos maridos. Um deles a ameaçou de morte certa vez, com uma faca: “Eu não sabia o que fazer, como reagir. Passando por lá, uma senhora me arrastou para a casa dela, pois ele queria me matar”. Disse que “se for preciso deixar de trabalhar para não entrar nessa casa, eu deixo, minha vida tem prioridade, ele me ameaçava, as pessoas não deixava passar na rua dele, eu estava prejudicando meu trabalho,

⁹Nas USF pesquisadas existe uma predominância de mulheres atuando como ACS.

¹⁰É um exame realizado para detectar alterações nas células do colo do útero. Este exame também pode ser chamado de Papanicolau. Na área da pesquisa é popularmente conhecido como “citológico”.

por causa dele. Quando ele me via e eu via, saía da estrada; ele jogou o carro em cima de mim. Comecei a ficar em pânico desse homem. Falei para a mulher dele que se ela precisa se de mim eu estou à disposição, mas que não ia na casa dela”.

Outra agente de saúde relatou que algumas mulheres de sua área não realizam o citológico por vergonha da enfermeira durante o exame. Para tentar convencê-las, argumenta, para elas, que a enfermeira é uma mulher e não há necessidade de sentir vergonha. E diz: “O exame é feito por uma enfermeira! Mulher como a gente. Eu digo: Mas você não se abre para seu marido. Você não conhecia ele. Elas dizem: Mas é diferente”.

Essas profissionais destacaram que, em alguns casos de recusa da mulher em realizar exames específicos, as usuárias precisam assinar um termo de responsabilidade emitido pela unidade de saúde. Dessa forma, caso a usuária (em algum momento da vida) desenvolva patologias, a equipe de saúde não será responsabilizada. A mesma agente contou que na sua área tem uma mulher com mais de dois anos que não faz o citológico. Relatou com certa indignação que, nos últimos anos na comunidade (na época da pesquisa), foram identificados quatro casos de câncer de colo de útero.

No sítio vizinho, perguntamos às agentes de saúde se identificavam questões semelhantes e uma delas nos disse, fazendo eco àquela representação da primeira localidade como local mais problemático: “Aqui as pessoas são mais abertas, são mais atualizadas.” Disse que algumas se recusam, mas que “é só falar no Bolsa Família e elas enfrentam o medo e a vergonha”. Além da presença das condicionalidades como elemento a pressionar as pessoas a cumprir as metas da saúde, ficamos sabendo de outros recursos, como nos falou uma técnica de enfermagem ao comentar que os homens praticamente não buscam os serviços de saúde: “estando com as vacinas dos filhos em dia os trabalhadores das usinas ganham uma espécie de abono familiar”. Segundo ela, a equipe da unidade de saúde emitiria os comprovantes para serem entregues às usinas.

Essas informações sobre a “ajuda” que o Bolsa Família daria às agentes de saúde criaram o caminho para que aprofundássemos a compreensão da relação entre as políticas de saúde e outras políticas sociais, particularmente o Bolsa Família. A perspectiva de controle de certas práticas profissionais já estava anunciada, no entanto, seria necessário aprofundar em que medida havia especificidades dessa nova demanda colocada para as agentes de saúde. Na sequência, será possível perceber que, embora outros profissionais de saúde sejam mencionados, a centralidade das agentes de saúde no acompanhamento das condicionalidades é inegável. Na prática cotidiana desses profissionais de saúde as condicionalidades ganham características adicionais onde se mesclam normas oficiais com procedimentos locais. Ao longo de toda a pesquisa foi se evidenciando como essas

interpretações locais das condicionalidades reforçavam o poder dos serviços de saúde e do saber biomédico e reafirmavam o lugar das mulheres, particularmente as mulheres pobres, como o alvo dessas ações com base em pressupostos mais amplos sobre os “pobres” a partir de um discurso controlista e higienista, parte de um processo histórico mais amplo, já analisado para contextos diversos (ver, por exemplo, DONZELOT, 1986; COSTA, 1979).

Condicionalidades, Biopolítica e Moralidade Materna

Cláudia, uma “boa mãe”

Nos momentos iniciais da pesquisa, quando ainda estávamos tentando entender os mecanismos de monitoramento das condicionalidades, fui à secretaria de saúde para conversar com o funcionário responsável pelo Sisvan. Enquanto esperava para ser atendido, conheci Cláudia, que me perguntou sobre o rapaz que poderia informá-la sobre “um erro que veio no Bolsa Família; um desconto que apareceu” no pagamento do seu benefício. Eu disse que também estava lá para falar sobre esse assunto, em função de uma pesquisa que estava realizando, e sugeri que ela se informasse na recepção com a funcionária. Depois de ser informada de que precisaria esperar, nos sentamos lado a lado e, enquanto ela me contava com mais detalhes o que ocorrera, mostrou um extrato do saque do benefício do Bolsa Família onde estava escrito em letras grandes:

FAMÍLIA NÃO REALIZOU ACOMPANHAMENTO NA SAÚDE NO SEMESTRE PASSADO PROCURE A EQUIPE DE SAÚDE MAIS PERTO DE SUA CASA CRIANÇAS DEVEM VACINAR PESAR E MEDIR E GESTANTES INICIAR O PRÉ NATAL O QUANTO ANTES MOTIVO ACOMPANHAMENTO SAÚDE

Ela dizia não entender o que havia acontecido, ao mesmo tempo em que deixava entrever que conhecia razoavelmente os meandros do Bolsa Família: “Não pode ter nada a ver com a saúde porque eu recebo dela aqui que já tem sete anos [apontando a filha que a acompanhava]; a saúde só tem que pesar até cinco anos; e meus outros dois meninos também são de maior. Ao invés de a coisa [o dinheiro] aumentar, faz é diminuir”. Falava de forma rápida, com indignação, parecendo impaciente. Ficamos conversando, e eu insistindo sobre as possíveis razões para aquele desconto, já que os filhos não estavam mais em “idade de pesar”. Ela disse que não trabalhava, estava estudando a oitava série, voltou a estudar para ver se conseguia “uma coisa melhor na vida”. Disse que vivia para cuidar das crianças, levar para escola.

Cláudia disse morar em um sítio, distante da área urbana de Rio Tinto, onde não havia USF. Por essa razão, ela teria que se deslocar à unidade de saúde na localidade vizinha. Eu pergunto se a ACS não teria ido a sua casa nesse período, e ela diz que lá não tem agente de saúde, “tá descoberto” há mais de dois anos, a mesma expressão usada pelos profissionais para os casos de uma área sem a cobertura de uma agente comunitária de saúde.

Uma funcionária da secretaria que ouviu parte da conversa, do balcão onde estava, falou para Cláudia que talvez o problema tivesse a ver com “alguma falta” dela, mas Cláudia insistia que seus filhos não estavam nessa faixa etária mais. A funcionária diz que “às vezes é algo com a mulher; não fez o citológico, mesmo o pré-natal. O Sis prenatal pode indicar algo”. Continua dizendo que há casos em que, se a mulher não fizer todas as consultas de pré-natal, isso pode interferir, pois “os sistemas estão todos interligados. A agente de saúde só tem a ver até os cinco anos de idade, depois é a escola; pode ser alguma coisa da mãe”. Cláudia diz que faz os exames em clínicas particulares. A funcionária diz que nesse caso ela tem que ir à sua unidade de saúde e mostrar o exame “pra poder dizer no sistema que foi feito”.

Já estávamos nessa espera há quase uma hora e Cláudia se exaspera, porque tinha uma reunião na escola de sua filha às 14 horas e ela não poderia perder. Cláudia havia me dito que já tinha ido à Secretaria de Assistência Social, mas disseram que ela tinha que ir até a Secretaria de Saúde primeiro. Ela diz que não pode vir à cidade pela manhã porque tem que levar as crianças para escola.

Cláudia tinha 28 anos na época, 2014, e me disse que calculou que ia terminar os estudos lá pelos 32 anos de idade. Não queria fazer o supletivo, mesmo com a insistência das pessoas: “No supletivo não aprende nada. Quero estudar bem pra poder arrumar um emprego melhor”. Disse não querer trabalhar no que tem disponível onde mora e quando pergunto os tipos de trabalho, se existem, ela diz: “Nada, menino; é só o marisco, o manguê, ou então casa dos outros. Eu não quero, não. Receber desaforo pra ganhar pouco; prefiro estudar”.

Quando consegui conversar com o funcionário da Secretaria de Saúde (após Cláudia ter desistido de esperar para não perder seu compromisso com a filha na escola), ele quis demonstrar o funcionamento do sistema a partir do caso de Cláudia. Especulava sobre o que poderia ter acontecido mostrando-me o mapa da segunda vigência de 2013 do sistema “Bolsa Família na Saúde” e levantando algumas hipóteses: “No semestre anterior, a agente da área dela pode tê-la procurado e não ter encontrado”. Depois, ele percebeu que os filhos dela não tinham perfil obrigatório (mais de sete anos) e imaginou outra possibilidade: “Ela pode ter passado um semestre sem ir ao médico”, o que seria uma justificativa para aparecer uma restrição em seu cadastro e ao mesmo tempo o espanta. No entanto, logo depois, consultando seu colega de

trabalho na mesa ao lado, este lhe diz o que Cláudia já havia me dito: a área estava descoberta, ou seja, sem agente de saúde. Ele considera que pode ser isso, aumentando o leque das possibilidades para uma irregularidade em um cadastro.

Esse contato com Cláudia colocou diversas questões que se mostrariam centrais ao longo da pesquisa e apareceriam, com ênfases variáveis, para diversas mulheres que conhecemos. Entre outros aspectos, chamou-me atenção o fato de que, desde o início de nosso diálogo, ela me falou que estudava. Essa insistência colaborava para criar a imagem de uma mulher comprometida com seus filhos, que vivia para cuidar deles. Não há nada que me faça desconfiar das razões de Cláudia, apesar da busca por cumplicidade da funcionária na sala de espera quando inquiria Cláudia sobre se ela trabalhava e também seu marido. Parecia pairar o fantasma de que houvesse alguma irregularidade por parte de Cláudia e não um possível “erro do sistema”.

Após a conversa com o funcionário do setor de “processamento de dados”, a minha compreensão sobre os caminhos do acompanhamento das condicionalidades se complexificava. Aquele episódio era sugestivo de algumas das inquietações que deram origem à pesquisa. Por um lado, evidenciavam-se as divergências entre a consideração de obrigatoriedade das condicionalidades e o sentido de compromisso que Cláudia parecia querer produzir. Por outro lado, se parecia inexistir um conhecimento efetivo do que estava sendo interpretado como “um desconto” no benefício de Cláudia e as razões “do sistema”, vários problemas estruturais para o cumprimento da condicionalidade se apresentavam. De todo modo, mesmo quando parecia engajada em defender o que entendia ser um direito seu, era a partir de seus compromissos como mãe que Cláudia justificava “merecer” o benefício.

Anete, uma mulher que “se cuida”

Com o desenvolvimento da pesquisa, identificamos várias outras situações, semelhantes à de Cláudia, em que as mulheres não entendiam com clareza as razões para eventuais “cortes” e “bloqueios” dos benefícios. Por outro lado, foi ficando evidente quão disseminada era a noção de que as condicionalidades eram operacionalizadas com base no medo de que as mulheres tinham de perder o benefício. Embora algumas delas não relatassem se sentirem pressionadas a cumprir as condicionalidades, o entendimento mais amplo era de uma cobrança e não a de garantia de um direito.

Conhecemos Anete, 53 anos, moradora do sítio onde a pesquisa teve início, na fila de espera para ser atendida na unidade de saúde. Naquela manhã de setembro de 2014, ela contou os muitos problemas de saúde que enfrentara, sobretudo lamentando-se por não mais poder exercer a profissão

de pescadora, por causa de um erro médico durante uma cirurgia – o médico esquecera gases em seu corpo, o que gerou um processo infeccioso do qual ela ainda se queixava, dizendo sentir muitas dores. Naquele dia, ela ia ser atendida pela enfermeira para um exame de rotina, mas já havia confirmado com a atendente da unidade que na semana seguinte ela retornaria para uma consulta com a nutricionista. Anete falava de modo vivaz, em um tom alto e quase sem pausas, sempre sorridente. Lamentava não poder acompanhar sua irmã nas pescarias e achava que ali onde morava era o melhor lugar onde poderia viver. Combinamos ali de ir até sua casa em outro momento para dar continuidade à conversa.

Quando a encontramos, semanas depois, em sua casa, ela repetiu seu périplo pelos serviços de saúde em Rio Tinto, Mamanguape e João Pessoa com mais detalhes, e relatou também os problemas de saúde de seu marido e de seu filho. Todas essas dificuldades, no entanto, eram narradas sem autopiedade. Mais do que se lamentar, ela reclamava dos episódios em que não recebera atenção médica adequada e, sobretudo, mostrava-se inconformada com o médico que fez sua cirurgia. Em certo momento, ao falar das mulheres que, diferente dela, “não se cuidavam”, ela disse: “Minha irmã diz: ‘tu só vive nos médicos direto, né?’. Mas eu tenho que me tratar!” Quando eu perguntei sobre o acompanhamento que era feito pelos profissionais de saúde para as mulheres que recebiam o Bolsa Família, ela relatou longamente:

Todo ano a gente faz o cadastramento e tem que fazer também o citológico. A gente tem que fazer o citológico pra levar... Tem que se pesar. Ver o peso e a altura da gente tudo... A gente tem que fazer. A agente de saúde, todo mês ela pega o peso da gente e a altura. Aí de seis em seis meses a gente faz o citológico que é pra levar pra lá pro Bolsa Família. Porque quem tem filho assim aí faz citológico e tudo, mas tem que levar e mostrar que o menino tá estudando, tem que levar aquele negócio de estudo e tudo. Aí eu como não tenho nenhum menino estudando aí faz o citológico da gente.

A fala de Anete indicava haver uma regularidade na exigência da realização de exames para as mulheres que estavam fora do perfil prioritário do Bolsa Família – o único filho de Anete já era adulto e ela não estava grávida nem amamentando. Eu perguntei se a enfermeira havia dito que tinha que fazer o exame, o “citológico”, de seis em seis meses e ela disse de forma enfática: “De seis em seis meses”. Continuei perguntando o que poderia ocorrer se não fizesse o exame, e ela disse que ouvira da enfermeira: “Podia perder. Ela disse que podia perder”. De acordo com Anete, não apenas a enfermeira falara isso, mas “muita gente escutou também lá onde a gente faz o cadastramento. Disseram que a gente tinha que fazer.” Ela me conta como

seria a fala dessas pessoas: “Vocês já fizeram o citológico? Não. Pois tem que fazer”. Ela diz que “na Secretaria a gente sempre escuta isso”. Eu pergunto em que secretaria teria ouvido, e ela responde que na Secretaria de Saúde em Rio Tinto: “A gente sempre, sempre escuta isso aí pra fazer o citológico *promode* [por causa de] o Bolsa Família porque se não fizer perde... Aí tá certo, a gente faz”.

O relato de Anete colocava em evidência, sobretudo, como aquelas orientações se distanciavam da norma estabelecida pelo Bolsa Família. Por essa razão, em um primeiro momento, imaginávamos que Anete iria destacar certo incômodo, como se se sentisse pressionada com essas exigências. No entanto, ao menos naquele momento de interação, sua fala indicava que a obrigação de fazer o exame preventivo semestralmente não era apresentada por ela, ao menos na fala para os pesquisadores, como uma coisa negativa. Anete continuou falando:

Mas isso aí é até um negócio que é bom porque tem muita mulher... [pausadamente] que é assim... tem vergonha de ir no posto... fazer um citológico... não sabe como é que tá o seu problema porque a gente tá vendo a gente por fora, mas por dentro a gente não tá vendo, né? Aí tem muitas que não vai porque diz ‘eu não vou porque eu tenho vergonha...’. Nunca foi ao posto pra saber como é que tá pra fazer uma consulta, só vai quando tiver já morrendo se acabando... E isso aí [a realização dos exames] por uma parte é muito bom. É muito bom porque tá ali sabendo como é que a gente tá, né, a gente tá ali acompanhada pelo médico a gente tá vendo como é como não é.

Esta percepção das condicionalidades como algo positivo, do ponto de vista de algumas mulheres, apresentou-se em diferentes momentos e contribuiu para uma problematização das interpretações preliminares dos mecanismos de acompanhamento utilizado pelos profissionais. Embora a crítica aos profissionais tenha se mantido em várias situações, ficava claro que não havia uma polarização inequívoca entre profissionais e a população em geral.

Na mesma localidade onde Anete reside, conversamos com outras mulheres sobre a mesma questão, e outras interpretações vieram à tona. Dona Mocinha, ao ser perguntada sobre a realização do exame citológico, taxativamente respondeu também: “Tem que fazer”. No entanto, na continuação, quisemos saber se ela achava mesmo que a exigência do citológico tinha a ver com o Bolsa Família e ela, como quem desconfia, responde para a pesquisadora: “Mulher, eu acho que não tem nada a ver não, mas eles batem sempre na ferida, fala logo do Bolsa Família.” Perguntamos de onde ela achava que vinha aquela informação, e ela dizia que “veio de lá da

Secretaria”. E continuou: “Porque eu penso assim, que é pra mães se cuidarem, porque elas se cuidando podem cuidar melhor dos filhos”.

Adriana, no Sítio Saco, vizinho ao Sítio Tanques, 29 anos, era enfática ao afirmar que “tem que seguir as regras. Tem que pesar as crianças, medir e não pode faltar a escola”. Disse que a agente de saúde vai pesar e que também não pode deixar de vacinar, além de ela também ter de se pesar, medir e fazer o citológico de seis em seis meses, o que seria uma exigência para todas as mulheres. Também perguntamos se ela achava que essa exigência tinha relação como o Bolsa Família e ela respondeu: “Elas (as ACS) dizem que tem; eu digo que não tem não, que é invenção delas, porque nem todas as mulheres fazem. Elas dizem que se não fizer vai ser cortado o Bolsa Família. Na escola também, se faltar dois dias de aula, corta”. Sobre a escola, Adriana ainda diz com a mesma desconfiança: “Eu acho que tem, porque eles dizem que mandam o acompanhamento todo mês. Eles dizem que mandam, mas eu não sei se é uma ameaça deles”.

Se nos casos de Anete, Mocinha e Adriana percebemos uma fala em consonância com o discurso dos profissionais com os quais conversamos, seja na área da saúde ou da assistência social, é importante dizer que a maior recorrência dessa percepção se deu por parte dos profissionais. São argumentos que apontam para uma compreensão geral acerca das condicionalidades que está de acordo com uma percepção mais geral sobre a população com a qual lidam. No caso, em particular, da exigência do exame citológico, ele está em completo desacordo com o que é propugnado oficialmente, mais em desacordo ainda o acompanhamento de peso e altura. As condicionalidades na saúde, como vimos, se referem a crianças de até sete anos e mulheres grávidas ou que estejam amamentando.

Dessa forma, percebemos que a noção corrente, por parte de profissionais e da população em geral, é que as condicionalidades são formas de pressionar as pessoas que recebem a bolsa a cumprir certas “obrigações”. Nesse sentido, mesmo a noção de contrapartida e compromisso se perde, distanciando-se da ideia de que as condicionalidades serviriam para que os “pobres e extremamente pobres” acessassem direitos básicos como saúde e educação e permitissem a cobrança da garantia desses direitos por parte do Estado. É possível afirmar que, desde o momento do cadastramento e acompanhamento das condicionalidades, está em jogo um processo de definição de lugares com base na compreensão do que é o programa e quem são seus destinatários (MARINS, 2014).

Comentários Finais

É possível identificar na forma de implantação dessa política elementos de controle sobre aspectos da vida das mulheres que podem ser

vistos como parte de um processo mais amplo de consolidação de uma tecnologia política onde, de acordo com Foucault, organizou-se o “poder sobre a vida” a partir das “disciplinas do corpo e as regulações da população”. A noção foucaultiana de biopoder atualizada por Rabinow e Rose (RABINOW; ROSE, 2006) enquanto tentativas mais ou menos racionalizadas de intervir sobre as características vitais da existência humana, nas quais se articulam autoridade, conhecimento e modos de subjetivação mostra-se fundamental para a compreensão dos processos discutidos aqui.

Nessa perspectiva, cada vez mais a atuação do Estado visará ao governo de todas as formas da atividade humana (FOUCAULT, 2008a), e a “arte de governar” irá se preocupar em como “introduzir a economia, quer dizer, a maneira correta de gerenciar indivíduos, bens e riquezas dentro da família” (RABINOW, 1999, p. 39). Essa atenção, de forma articulada, à população, à família e à economia são, segundo Foucault, indicadores de uma nova racionalidade política, característica das sociedades contemporâneas (FOUCAULT, 2008a).

Desde a fala inicial das agentes de saúde, de que o Bolsa Família as estaria ajudando em seu trabalho, foi ficando clara uma hierarquização que se reafirmou com o tempo. No entanto, como vimos, os usos feitos das condicionalidades não dizem respeito apenas à relação entre as mulheres beneficiárias e os profissionais relacionados ao Bolsa Família e à Saúde. Essa hierarquização se amplia num exercício onde as próprias mulheres se diferenciam com base em critérios que indicam o quanto se cumpre ou não as condicionalidades. Ou seja, as condicionalidades permitiriam reconhecer quem eram as mulheres que se cuidavam e quem eram as boas mães, diferenciando-as daquelas que não se cuidam, como parte da aquisição de certas competências para o desenvolvimento do seu “capital humano” (FOUCAULT, 2008b; DAL’IGNA et al., 2014).

Na análise aqui empreendida, a todo o momento são as imagens do que é uma mãe que sabe cuidar de sua família que está em jogo. Das mulheres, espera-se que façam tudo que está sob sua responsabilidade para o bem-estar de sua família, maximizando os resultados que se espera o Bolsa Família possa produzir. Isto é feito com base em uma expectativa que remete à produção do sujeito produzido que, ainda de acordo com Foucault, espera a conversão do indivíduo em um “empresário de si mesmo” (FOUCAULT, 2008b, p. 311). Esse empreendimento visaria ao desenvolvimento do capital humano, assim chamado “na medida em que, justamente, a competência-máquina de que ela é renda não pode ser dissociada do indivíduo humano que é seu portador” (FOUCAULT, 2008b, p. 311-2).

A centralidade da mulher, como alvo principal das ações (SARTI, 2010, p. 95; SCOTT, 2011) e “aliada” (DONZELOT, 1986) está associada também a certa compreensão de família que orienta as políticas governamentais. Nesse

contexto, a mulher é definida a partir de um lugar tradicional de gênero, sendo enxergada e colocada no lugar de mãe e cuidadora. Pesquisas desenvolvidas por outros pesquisadores – sobretudo pesquisadoras - no Brasil têm também apontado como a aplicação das chamadas “políticas de inclusão social” – e não apenas o Bolsa Família – estão comprometidas com certa moralidade e, dessa forma, podem fazer parte de um processo mais amplo de “educação para maternidade” (FONSECA, 2012; MEYER, KLEIN, FERNANDES, 2012; KLEIN, MEYER; BORGES, 2013; PIRES, 2013b; DAL’IGNA, KLEIN, MEYER, 2014). Da mesma forma, internacionalmente, tem se identificado um processo de reforço dos padrões tradicionais de gênero e das expectativas associadas à maternidade (MOLYNEUX, 2006; MOLYNEUX, THOMSON, 2011).

Em todas as etapas da pesquisa notou-se uma compreensão geral sobre as condicionalidades como sendo uma forma de pressionar as pessoas beneficiárias a cumprirem metas estabelecidas pelos serviços de saúde. Entendemos que essa compreensão pode ser percebida como uma forma de monitoramento das práticas dos beneficiários das políticas no campo da saúde, mas também da educação e da assistência social. Uma forma de controle da população que se aproxima de práticas higienistas, na medida em que vêm os pobres como aqueles a quem precisam ser ensinadas práticas corretas de educação de filhos e cuidado com a saúde.

O interesse aqui exposto no monitoramento das condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família tem a ver centralmente com os possíveis efeitos que a interação cotidiana entre beneficiários, potenciais beneficiários, vizinhos, agentes do Estado pode gerar. As condicionalidades podem, assim, ser vistas como tecnologias de governo onde o componente moral presente no monitoramento das atribuições das famílias tem por base a noção de que aqueles a quem as políticas são destinadas são virtualmente incapazes de cumprir essas demandas. Buscamos construir pistas para compreender como o monitoramento das condicionalidades pode reforçar determinados lugares de gênero e de classe.

Referências

BRASIL. Lei nº 10.836, de 9 de Janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Bolsa Família. Brasília. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>>. Acesso em: 3 mar. 2014.

CASTILHO, S. R.; SOUZA LIMA, A. C.; TEIXEIRA, C. C. Introdução. Etnografando burocratas, elites e corporações. In: **Antropologia das práticas de poder**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2014. p. 7-31.

CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO - CGU. Secretaria de Prevenção da Corrupção e Informações Estratégicas. **Programa Bolsa Família - Orientações para acompanhamento das ações do Programa Bolsa Família**. Brasília, DF, 2012. Coleção Olho Vivo.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

DAL'IGNA, M. C.; KLEIN, K.; MEYER, D. E. Mulher-mãe responsável: Competências para educar filhos(as) saudáveis. In: BRITES, J. G.; SCHABBACH, L. (org.). **Políticas para família, gênero e geração**. Porto Alegre: UFRGS/CEGOV, 2014. p. 56-76.

DONZELOT, J. **A Polícia das Famílias**. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

FASSIN, D. Another politics of life is possible. **Theory, culture & society**, Londres, v. 29, p. 44-60, 2009.

FERGUSON, J.; GUPTA, A. Spatializing States: Toward an Ethnography of Neoliberal Governmentality. **American Ethnologist**, v. 29, n. 4, p. 981-1002, 2002.

FERNANDES, J. B. **O Extinto Rio Tinto**. Recife: Imprensa Universitária, 1971.

FONSECA, C. Tecnologias globais de moralidade materna: as interseções entre ciência e política em programas "alternativos" de educação para a primeira infância. In: FONSECA, C.; ROHDEN, F.; MACHADO, P. (org.). **Ciências na Vida: Antropologia da ciência em perspectiva**. São Paulo: Terceiro Nome, 2012. p. 253-275.

FONSECA, C.; SCALCO, L. A biografia dos documentos: uma antropologia das tecnologias de identificação. In: FONSECA, C.; MACHADO, H. (org.). **Ciência, identificação e tecnologias de governo**. Porto Alegre: Ed. da UFRGS/CEGOV, 2015. p. 21-37.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade: A vontade de saber**. 11. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

_____. **Em defesa da sociedade**. Curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 2005. p. 285-315.

_____. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H.; RABINOW, P. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013. p. 273-295.

_____. **Segurança, território, população**. Curso dado no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008^a. p. 117-153.

_____. **Nascimento da Biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008^b. p. 297-327.

GAMMAGE, S. Conditional Cash Transfers and Time Poverty: An Example from Guatemala. Cuadragésima sexta reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe. 2011. Disponível em:

<[http://www.cepal.org/mujer/noticias/noticias/1/43711/GAMMAGE Conditio](http://www.cepal.org/mujer/noticias/noticias/1/43711/GAMMAGE%20Conditio)

na [Cash Transfers and Time-Poverty 03102011.pdf](#)>. Acesso em: 3 mar. 2014.

GÓES, R. de. **Um sueco emigra para o Nordeste**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1963.

HANLON, J.; BARRAVIENTOS, A.; HULME, D. **Just give Money to the poor: the development revolution from the Global South**. Sterling, VA: Kumarian Press, 2010.

HEVIA DE LA JARA, F. La difícil articulación entre políticas universales y programas focalizados. *Etnografía institucional del programa Bolsa Família de Brasil*. **Gestión y Política Pública**, v. xx, n. 2, p. 331-379, II sem. 2011.

JACCOUD, L. Programa Bolsa Família: proteção social e combate à pobreza no Brasil. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 64, 3, p. 291-307, jul./set. 2013.

KLEIN, C.; MEYER, D. E.; BORGES, Z. N. Políticas de inclusão social no Brasil contemporâneo e educação da maternidade. **Cadernos de Pesquisa**, v.43, n. 150, p. 906-923, set./dez. 2013.

MAGALHAES, R.; BURLANDY, L.; SENNA, M. de C. M. Desigualdades sociais, saúde e bem-estar: oportunidades e problemas no horizonte de políticas públicas transversais. **Ciência e Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1415-1421, dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000600002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 abr. 2015.

MARINS, M. T. Repertórios morais e estratégias individuais de beneficiários e cadastradores do bolsa família. **Sociologia & Antropologia**, Rio de Janeiro, p. 543– 562, outubro, 2014. Disponível em: <<http://revistappgsa.ifcs.ufri.br/index.php?area=revista&revid=18>>. Acesso em: 4 nov. 2014.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME - MDS. Sala de Imprensa. 2006. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/saladeimprensa/noticias/2012/agosto/bolsa-familia-registra-maior-acompanhamento-de-saude-desde-2005>>. Acesso em: 4 nov. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Orientações sobre o Bolsa Família na Saúde**. 2009. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/manual_orientacoes_bf_3a_edicao.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2014.

MEYER, D.; KLEIN, C.; FERNANDES, L. P. Noções de família em políticas de “inclusão social” no Brasil contemporâneo. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 433-449, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Orientações sobre o Bolsa Família na Saúde**. 2009. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/manual_orientacoes_bf_3a_edicao.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2014.

_____. **Relatório de Gestão Programa Bolsa Família na Saúde 2005-2010.**

Disponível em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/relatorio_pbf.pdf. Acesso em: 2 abr. 2014.

MOLYNEUX, M. Mothers at the service of the new poverty agenda: Mexico's conditional transfer program. **Social Policy & Administration**, v. 40, n. 4, p. 425-449, 2006.

MOLYNEUX, M.; THOMSON, M. Cash transfers, gender equity and women's empowerment in Peru, Ecuador and Bolivia, **Gender & Development**, v. 19, n. 2, p. 195-212, 2011.

MONNERAT, G. L. et al. Do direito incondicional à condicionalidade do direito: as contrapartidas do Programa Bolsa Família. **Ciência e Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1453-1462, dez. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000600008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 27 abr. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000600008>.

NASCIMENTO, P., MELO, A. C. 'Esse povo não está nem aí': as mulheres, os pobres e os sentidos da reprodução em serviços de atenção básica à saúde em Maceió/Alagoas. In: FERREIRA, J.; FLEISCHER, S. (eds.). **Etnografias em serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p. 267-297.

PALITOT, E. M. A terra dos índios esquecidos: o processo de territorialização dos potiguara de Monte-Mór. In: KANT DE LIMA, R. (org.). **Antropologia e Direitos Humanos 5**. Brasília; Rio de Janeiro: ABA; Booklink, 2008. p. 114-165.

PIRES, F. F.; REGO, W. D. L. (orgs.). Dossiê "10 anos do Programa Bolsa Família". **Política & Trabalho**, Revista de Ciências Sociais, João Pessoa, n. 38, p. 13-19, abr. 2013.

PIRES, F. Comida de criança e o Programa Bolsa Família: moralidade materna e consumo alimentar no semiárido. **Política & Trabalho**, Revista de Ciências Sociais, João Pessoa, n. 38, p. 123-135, abr. 2013b. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/article/view/14575>. Acesso em: 5 abr. 2014.

PIRES, F.; JARDIM, G. Geração bolsa família escolarização, trabalho infantil e consumo na casa sertaneja (Catingueira/PB). **Revista brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 29, n. 85, p. 99-112, jun. 2014.

RABINOW, P. Sujeito e governamentalidade: elementos do trabalho de Michel Foucault. In: **Antropologia da razão**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1999. p. 27-55.

RABINOW, P.; ROSE, N. O conceito de biopoder hoje. **Política & Trabalho**, Revista de Ciências Sociais, João Pessoa, n. 24, p. 27-58, 2006,

REGO, W.; PINZANI, A. **Vozes do Bolsa Família**. São Paulo: Unesp, 2014.

ROSE, N.; MILLER, P. Political Power beyond the State: Problematics of Government. **The British Journal of Sociology**, v. 43, n. 2, p. 173-205, jun. 1992.

SARTI, C. O lugar da família no Programa Saúde Família. In: TRAD, L. A. B. (org.). **Família contemporânea e saúde**. Significados, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 91-103.

SCHUCH, P. **Práticas de justiça**: Antropologia dos modos de governo da infância e juventude no contexto pós-ECA (mesma autora). Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2009. p. 105-153.

SCOTT, R. P. Agentes comunitários e saúde reprodutiva: uma experiência recente no nordeste brasileiro. In: OLIVEIRA, M. C.; ROCHA, M. B. (orgs.). **Saúde Reprodutiva na esfera pública e política**. Campinas: Ed. da Unicamp/NEPO, 2001. p. 49-69.

_____. As famílias que os programas de saúde constroem no Brasil. In: NASCIMENTO, P.; RIOS, L. F. (org.). **Gênero, Saúde e Práticas profissionais**. Recife: Ed. da UFPE, 2011. p. 13-50.

SILVA, M. O. da S. O Bolsa Família: problematizando questões centrais na política de transferência de renda no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 6, p. 1429-1439, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000600006&lng=en&tlng=pt>. 10.1590/S1413-81232007000600006. Acesso em: 27 abr. 2015.

SOUSA, M. do S. **Representações sociais do adoecimento e da cura em usuários do SUS – Rio Tinto**. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Centro de Humanidades, Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande, 2013.

SOUZA LIMA; A. C.; MACEDO E CASTRO, J. P. Política(s) Pública(s). In: PINHO, O.; SANSONE, L. (org.). **Raça**. Novas perspectivas antropológicas. 2. ed. Salvador: ABA/UDUFBA, 2008. p. 351-392.

VICTORA, C.; KNAUTH, D.; OLIVEIRA, F. A. A ambigüidade dos agentes comunitários de saúde. In: CAROSO, C. (org.) **Cultura, Tecnologias em saúde e Medicina**. Perspectiva antropológica. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 247-256.

VILLELLA, W.; MONTEIRO, S. Atenção à saúde das mulheres: historicizando conceitos e práticas. In: _____. (org.). **Gênero e Saúde**: Programa Saúde da Família em questão. São Paulo: Associação Brasileira de Saúde Coletiva - Abrasco; Fundo de População das Nações Unidas -UNFPA, 2005. p. 13-28.

ZIMMERMANN, C. R. As políticas sociais e os Direitos: Apontamentos sobre o Programa Bolsa Família na região Nordeste. In: BURITY, J.; RODRIGUES, C.; SECUNDINO, M. (org.). **Desigualdades e Justiça Social, Volume I**: dinâmica estado-sociedade. Belo Horizonte: Argvmentvm, 2010. p. 45-58.

CAPÍTULO 6

Aborto e saúde reprodutiva no Nordeste brasileiro: mulheres, poder e resistência

*Rozeli Porto
Cassia Helena Dantas Sousa
Mayra Balza Moda*

Introdução

Há uma série de pesquisas nacionais e internacionais que levantam informações importantes que nos ajudam a compreender as razões pelas quais mulheres, de distintas idades e camadas sociais, recorrem ao aborto inseguro¹¹ (MENEZES, AQUINO, 2009; DINIZ, MEDEIROS, 2010; DINIZ et al., 2017; ROSTAGNOL, 2016). Muitas vezes, tal recurso é motivado pelo total desconhecimento das mulheres sobre os métodos contraceptivos; e mesmo quando possuem algum conhecimento, correm o risco de não saber utilizá-los ou acessá-los (TORNQUIST; MIGUEL; PORTO, 2013).

Questões econômicas, sociais, culturais e ou subjetivas podem levar as mulheres a interromper voluntariamente uma gestação, embora o aborto não seja permitido pelo Código Penal Brasileiro de 1940 (CPB). De acordo com essa mesma legislação, abre-se exceção somente em dois casos: a) risco de morte para a mulher; b) gravidez decorrente de violência sexual/estupro (artigo 128, incisos I e II) – sendo que a prática deste último foi regulamentada somente no início da década de 2000 pelo Ministério da Saúde através de Normas Técnicas Ministeriais (BRASIL, 2011).

Permite-se, ainda, a interrupção da gravidez em caso de ocorrência de anencefalia, anomalia fetal grave que se caracteriza pela ausência dos hemisférios cerebrais. Tal fato mereceu o reconhecimento por parte do Supremo Tribunal Federal (STF) nesta proposição, garantindo interpretação conforme a Constituição Federal, na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental - ADPF nº 54. Essa arguição foi instaurada em 2004, a pedido da Confederação Nacional dos Trabalhadores da Saúde (CNTS) e com assessoria da ONG feminista Anis (DINIZ; RIBEIRO, 2003). Após oito anos discutindo esta ação, a corte determinou que nem mulheres, nem profissionais que realizam abortos nessa condição poderiam ser punidos. Essa foi a primeira vez na história em que o STF tomou decisão sobre saúde e direitos reprodutivos.

Uma ação similar à anteriormente realizada sobre a interrupção da gestação de fetos anencéfalos está sendo preparada para pedir à Suprema

¹¹ Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS (2007), a definição para aborto inseguro é a de um procedimento para terminar uma gravidez inesperada, realizado por indivíduos sem as habilidades necessárias e/ou em ambiente abaixo dos padrões médicos exigidos.

Corte Brasileira o direito ao aborto em gestações de bebês com microcefalia¹². Mais uma vez, a organização não governamental Anis, junto com outros profissionais, entre ativistas, médicos e advogados, está à frente dessa ação. Não se poderia pensar, na época da edição do Código, nos casos em que uma epidemia poderia trazer consequências tão devastadoras e incertas, como nas ocorrências de microcefalia causada pelo zika vírus; tampouco numa anomalia fetal grave como a anencefalia, em que o produto da concepção não sobreviveria após o nascimento.

Estamos vivenciando uma árida disputa no campo dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil, onde tais regulamentações sofrem ameaças por projetos de lei referentes às reformulações legais sobre o aborto. Segundo Lia Zanotta Machado (2016: 5), nos anos noventa e início do milênio, era “legítimo o debate público e político em prol da defesa dos direitos ao aborto”, sendo que foram “instituídos serviços de aborto legal” às ocorrências permitidas em lei conforme consta no CPB (BRASIL, 2011). Contudo, Machado argumenta que, a partir do ano de 2005, distintas “formas de narrativas fundamentalistas” contrárias à legalização do aborto cresceram extraordinariamente no país, especialmente “em reação à elaboração e à apresentação naquele ano pelo Poder Executivo ao Legislativo de minuta de projeto de lei em favor da legalização da interrupção da gravidez”, formalmente elaborada por uma Comissão Tripartite¹³. Sendo que tal retrocesso aprofunda-se em 2010, com o crescimento do poder político da movimentação pró-vida no Parlamento brasileiro. Retrocesso que se reflete, do mesmo modo, durante a campanha presidencial, quando os candidatos foram fortemente pressionados pela Conferência Nacional de Bispos no Brasil (CNBB) e pelas Frentes Parlamentares Evangélicas e “contra o aborto”. Mesmo em um estado laico, questões de cunho religioso permanecem tutelando as políticas públicas, e tais pressões conservadoras acabaram, sem dúvida, por interferir nesse processo eleitoral (REGO; DANTAS DE MEDEIROS NETA, 2017).

A partir de então, desdobram-se tentativas de emendas constitucionais para anular os excludentes de penalidade do aborto ao apoiar a suposição moral do direito à vida do feto desde a concepção, a exemplo do Projeto de Lei nº 5069/13, que impõe dificuldades para realização de abortos

¹² A microcefalia é uma doença em que a cabeça e o cérebro das crianças são menores que o normal para a sua idade, o que prejudica o seu desenvolvimento mental. Ver matéria disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/01/1734795-grupo-prepara-acao-no-stf-por-aborto-em-casos-de-microcefalia.shtml>>.

¹³ A comissão tripartite foi constituída por seis representantes do poder executivo, seis representantes do poder legislativo e seis representantes da sociedade civil, indicados ou membros do Conselho Nacional de Direitos das Mulheres. A Comissão Tripartite para Revisão da Legislação Punitiva da Interrupção Voluntária da Gravidez foi iniciativa do Poder Executivo, por meio da Secretaria de Políticas Públicas para as Mulheres. Essa minuta teve como origem a demanda, pelos movimentos feministas, de revisão da legislação punitiva do aborto, apresentada e aprovada na I Conferência Nacional de Políticas Públicas para as Mulheres em 2004.

nos casos permitidos pela legislação brasileira; PL nº 478/2007, que trata do Estatuto do Nascituro (apelidado pelas feministas como Bolsa-estupro)¹⁴; CPI do aborto¹⁵; revogação de portarias do Ministério da Saúde¹⁶; lei geral das religiões¹⁷; fim do estado laico¹⁸; por fim, o PL nº 181/2011, que trata da licença-maternidade em casos de bebês prematuros, porém, com sugestões para alterações constitucionais, no que diz respeito à expressão "desde a concepção", quando trata da "dignidade da pessoa humana". O mesmo termo foi incluído no artigo 5º, que passa a garantir "a inviolabilidade do direito à vida desde a concepção", fato que pressupõe barrar a descriminalização do aborto em todas as ocorrências previstas no CPB¹⁹.

Tais projetos provêm de bancadas congressistas bastante influenciadas por grupos religiosos, os quais dificultam a discussão, e se refletem no cotidiano dos atendimentos aos casos de aborto. Os direitos reprodutivos e sexuais despertam grande resistência destes segmentos sociais religiosos, que implicam, por sua vez, moralidades particulares, impregnadas nos discursos e nas práticas de diferentes parlamentares latino-americanos (CAVALCANTE; BUGLIONE, 2008).

Entretanto, reconhece-se que leis restritivas não diminuem o problema em questão (DINIZ; MEDEIROS, 2012). Estas acabam por forçar a prática do aborto clandestino, desvelando o descompasso entre essas leis e a prática estabelecida pelas mulheres em relação ao aborto: por medo de serem punidas, as mulheres iniciam o abortamento em locais não hospitalares, através de itinerários abortivos os mais diversos, o que reverbera num grave

¹⁴ O Estatuto do Nascituro é um Projeto de Lei (nº 478 de 2007) que tramita na Câmara dos Deputados substituindo o PL nº 1135/91, que propunha a total descriminalização do aborto. Prevê proteção jurídica à criança ainda não nascida. Obriga a mulher a parir uma criança gerada pela violência, eliminando suas possibilidades de serem sujeitas ativas desse processo.

¹⁵ O objeto da CPI é "investigar a existência de interesses e financiamentos internacionais para promover a legalização do aborto no Brasil, prática tipificada como crime no Código Penal Brasileiro, em seus artigos 124 a 127". Disponível em: <<http://artigo19.org>>. Acesso em: 3 jun. 2013.

¹⁶ Tal portaria formalizava o aborto legal no SUS, nos casos que já estavam previstos em lei. Todavia, uma nova portaria foi publicada no "Diário Oficial" revogando a norma anterior, assinada pelo secretário de Atenção à Saúde, Fausto Pereira dos Santos. A assessoria do Ministério da Saúde afirmou que a portaria não alterava as regras já vigentes sobre o aborto legal e foi revogada por questões técnicas (<http://oglobo.globo.com>, 29/05/2014).

¹⁷ O Projeto de Lei da Câmara (PLC) nº 160/2009, conhecido como Lei Geral das Religiões, é uma reivindicação de denominações religiosas, especialmente as evangélicas, para garantir isonomia com a Igreja Católica. O projeto foi apresentado em 2009, na Câmara, pelo deputado George Hilton (PRB-MG), depois que o governo brasileiro assinou, em 2008, um acordo com o Vaticano, criando o Estatuto Jurídico da Igreja Católica no país. Disponível em: <<http://www12.senado.leg.br/noticias/materias>>. Acesso em: 9 abr. 2014.

¹⁸ A PEC 99/11, aprovada na Comissão de Constituição e Justiça (CCJ), possibilita que entidades religiosas questionem decisões judiciais e eleva os valores da fé a argumentos jurídicos. O texto foi apresentado pelo deputado federal João Campos (PSDB-GO), após conversa com a Frente Parlamentar Evangélica do Congresso Nacional. Disponível em: <<http://www.sul21.com.br/jornal>, 02/04/2013>.

¹⁹ Por usar o projeto sobre licença-maternidade para tratar de aborto, a PEC foi apelidada por movimentos sociais de "Cavalo de Troia".

problema de saúde pública, particularmente mais grave em países em desenvolvimento (PORTO, 2014, 2017).

Em nossa investigação sobre aborto e contracepção no Rio Grande do Norte, encontramos exatamente esse contraponto entre leis e práticas, teoria e ação. Estivemos em contato com 50 mulheres que passaram pela experiência do aborto inseguro nas cidades de Natal e Caicó, em ambientes hospitalares e não hospitalares. Como o tema envolve aspectos de cunho religioso, secreto, moral e de “ilegalidade”, tivemos que tomar cuidados técnicos e metodológicos específicos para acessar o tema (MENEZES; AQUINO, 2009), tanto no que diz respeito à parte ética e burocrática da investigação – autorização dos comitês de ética em pesquisa -, quanto no concerne à sensibilidade intersubjetiva de acesso às nossas interlocutoras (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2000)²⁰.

Assim, busca-se no texto delinear o perfil das mulheres que participaram da nossa pesquisa, levando em consideração elementos como classe, cor/raça, crenças religiosas, situação conjugal, número de abortos etc., além de preceitos morais e emoções. Um dos principais pontos de reflexão refere-se às razões que levaram essas sujeitas a recorrer ao aborto inseguro. Observa-se que a prática do aborto, envolvida em relações de gênero e poder (ORTNER, 1996; ROSTAGNOL, 2016), caracteriza-se como forte resistência à sanção social que se manifesta, por parte de distintos grupos sociais, no controle dos corpos e da saúde reprodutiva das mulheres (MENEZES; AQUINO, 2009).

Metodologia e Intersubjetividades

Como observado em outros momentos (PORTO, 2014, 2017; PORTO, DANTAS SOUSA, 2017; DANTAS SOUSA, PORTO, 2013), esta pesquisa se guia por um viés qualitativo, onde as entrevistas semiestruturadas, observações e “muita escuta passiva e ativa” se fizeram presentes. Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas e conduzidas a partir de roteiro semiestruturado. Para evitar riscos de identificação, o consentimento das colaboradoras à participação em nosso trabalho foi oral, uma vez que a interrupção da gravidez no país é considerada crime – afora as exceções comentadas. As escutas, algumas vezes, se deram nas cigarreiras no entorno das maternidades, em bares, na universidade, na feira e, claro, dentro das maternidades e outros ambientes hospitalares e não hospitalares. Já ressaltamos também que passamos pelo crivo do comitê de ética em pesquisa de nossa Universidade (UFRN)²¹, sendo a investigação aprovada após idas e vindas, por conta dos

²⁰ Propositamente, não vamos localizar quantas e quais mulheres conversaram conosco entre os municípios de Natal e Caicó.

²¹ Aprovado sob o CAAE nº 36085913.4.0000.5537.

desentendimentos destas pesquisadoras em relação aos questionamentos biomédicos que para nossa equipe eram incompreensíveis.

Intitulada “Práticas e representações de Profissionais de Saúde relativas ao aborto legal e suas relações com mulheres usuárias do SUS em hospitais/maternidades no Rio Grande do Norte”²², essa pesquisa foi realizada principalmente em dois hospitais/maternidades em Natal: Maternidade Januário Cicco, localizada no bairro da Ribeira, e na Maternidade Santa Catarina, fixada na zona norte de Natal. Também nos empenhamos em investigar uma unidade de saúde e ainda a feira livre de Caicó²³.

A equipe foi composta por sete estudantes, sendo que cinco delas realizaram efetivamente trabalho de campo. As outras duas se limitaram à investigação bibliográfica em jornais, livros e revistas. Algumas iniciaram a pesquisa durante a graduação (Iniciação Científica – IC; Trabalho de Conclusão de Curso - TCC) e a finalizaram no Mestrado em Antropologia Social da UFRN, levando adiante o tema desta investigação para seus trabalhos²⁴. Cada uma das pesquisadoras criou sua própria técnica de abordagem às interlocutoras dessa pesquisa²⁵, que, aliás, não se restringiu às mulheres que passaram pela experiência de um abortamento, mas envolveu também e inclusive os profissionais de saúde representantes dos lócus de pesquisa investigados, assim como outros mediadores informais em campo²⁶ (DANTAS SOUSA, PORTO, 2013; PORTO, 2017; COSTA, 2017).

Especialmente em ambientes hospitalares, as profissionais de saúde foram articuladoras importantes para acessar estas sujeitas e outros dados. Contudo, foi principalmente a partir da observação nas áreas correspondentes aos centros obstétricos que houve maior acesso às mulheres, pois era nestes ambientes que elas aguardavam o atendimento e/ou estavam internadas. Inclusive, algumas vezes, as pesquisadoras foram confundidas com as próprias profissionais de saúde. Observe-se que o protocolo hospitalar – especialmente na maternidade Santa Catarina – exigia o uso do jaleco para que as pesquisadoras pudessem permanecer nas alas de espera e do centro obstétrico, realizando assim observação direta e participante. Essa exigência

²² Edital MCTI/CNPq/SPM-PR/MDA Nº 32/2012.

²³ Por razões que desconhecemos, fomos impedidas de realizar pesquisa na maternidade Caicoense. Assim, acabamos nas unidades básicas de saúde e, conseqüentemente, nas feiras livres. Mais detalhes sobre a pesquisa feita em Caicó podem ser encontrados em Porto e Galvão (2014).

²⁴ Agradeço às minhas orientandas pelo excelente trabalho de campo que empreenderam junto a mim nesta pesquisa: Cassia Helena Dantas Sousa (IC, TCC, Mestrado), Maynara Costa (IC, Mestrado), Mayra Balza (IC/TCC), Andrea Santos (TCC/Mestrado), Fabiana Galvão (Extensão), Renata Ribeiro (IC) e Carolyne Kyze (voluntária).

²⁵ Maiores detalhes metodológicos, dentre outros, poderão ser observados no livro que estamos organizando sobre essa investigação.

²⁶ Mediadores/as formais: profissionais de saúde ligadas/os a instituições hospitalares; mediadores informais: demais sujeitas/os envolvidas/os nessas relações sociais (PORTO, 2017). Outrossim, “mediadores” e “mediação” serão aqui compreendidos conforme Velho (1994).

acabou por auxiliar as pesquisadoras, uma vez que, após as encaminharem aos cuidados médicos, conseguiam reativar o contato e realizar entrevistas (dentro e fora de tais instituições) –, explicando, por certo, qual o seu efetivo papel naquele espaço hospitalar, conforme as premissas éticas que envolvem a pesquisa antropológica²⁷.

Esse primeiro contato relativo ao encaminhamento médico realizado pelas investigadoras – e também a partir de outras formas de aproximação –, acabou por criar relações intersubjetivas entre pesquisadoras e pesquisadas, num exercício incansável para evitar julgamentos de valor etnocêntricos em nossas interpretações (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2000)²⁸. Sem dúvida, tentou-se envolver nesses encontros, como condição de conhecimento, uma capacidade de diálogo responsável e um pouco menos assimétrica entre sujeitas/interlocutoras²⁹.

Destaca-se que a pesquisa não se limitou aos ambientes hospitalares. Conforme comentado, além das maternidades, unidades básicas de saúde e feiras, as próprias mulheres nos procuraram para falar de seus itinerários abortivos, ora porque haviam tomado conhecimento de nossa pesquisa e queriam dar suas contribuições a partir de suas histórias, ora pelo próprio “acaso” que o trabalho de campo proporciona (PEIRANO, 1995). Dessa forma, observa-se que o recorte para este artigo se embasa precisamente nas entrevistas realizadas com estas 50 mulheres, como poderemos conferir a partir do próximo tópico.

Quem são elas?

Pesquisas que abordam o perfil e a magnitude do aborto, a exemplo das realizadas no Brasil por Débora Diniz et al. (2010 e 2017), demonstram que a mulher que interrompe uma gestação é uma mulher comum. Aos 40 anos, quase uma em cada cinco brasileiras realizaram o procedimento. Somente no ano de 2015, cerca de meio milhão de abortos ocorreram no Brasil. Segundo indicam as autoras, as mulheres que abortam são, ou virão a ser em algum momento de suas vidas, donas de casa, religiosas, estudantes, trabalhadoras, mães, vivendo, na maior parte das vezes, em regime conjugal estável, contrariando os estereótipos de mulher promíscua ou inconsequente que permeiam o senso comum. Pertencem a todos os grupos raciais, níveis

²⁷ Seguindo as premissas do Código de Ética da Associação Brasileira de Antropologia (ABA).

²⁸ A noção de intersubjetividade tem diversos desdobramentos, mas pode ser descrita, de uma forma geral, como uma prática de conhecimento que envolve a relação entre dois/duas sujeitos/as. Para Roberto Cardoso de Oliveira (2000, p. 31), o reconhecimento de tal intersubjetividade é uma das maiores contribuições do paradigma hermenêutico para a antropologia.

²⁹ Pode-se ainda conferir que tal renúncia a uma pretensa superioridade conferida pela posição privilegiada de observador e de cientista também está presente no que Habermas (1989) define como atitude performativa, por ele considerada inerente aos procedimentos hermenêuticos.

educacionais e classes sociais, residentes em todas as regiões do país (DINIZ et al., 2017).

Estes dados ratificam e nos ajudam a analisar parte de nossa investigação no Rio Grande do Norte, a partir das informações colhidas em diferenciados locais, como observado. Nossas interlocutoras, tal qual apontam Diniz et al. (2010, 2107), não deixam de ser mulheres comuns, pertencentes a classes sociais diferenciadas e com níveis de escolaridade variados que, por alguma razão, não levaram suas gestações adiante.

Foram entrevistadas 50 mulheres maiores de 18 anos. Levamos em consideração, para análise dos dados, os seguintes aspectos: a) idade do último aborto; b) situação conjugal; c) número de filhos; d) número de abortos; e) formas de abortamento; f) raça/cor; g) classe; h) escolaridade; i) religião. Por fim, verificamos quais foram as razões que motivaram essas mulheres a abortar.

Idade em que realizaram o último Aborto

Tabela 1 - Idade das mulheres no último aborto

13-19	12 mulheres
20-29	27
30-38	11
Total	50

Fonte: Elaborada pelas autoras

Na Tabela 1, percebe-se que mulheres na faixa etária entre 20 e 29 anos são as que mais recorreram ao aborto. Não é desprezível o número de abortos nas outras faixas etárias, lembrando que a região Nordeste é uma das mais afetadas no país, com altos índices de abortos inseguros, assim como a região Norte (MARTINS-MELO, 2012).

Situação Conjugal

Tabela 2 - Situação conjugal atual das mulheres

Casada/união estável	34 mulheres
Solteira	14
Separada/ Divorciada	2
Viúva	0
Total	50

Fonte: Elaborada pelas autoras

Outro dado bastante interessante nesse processo é a situação conjugal dessas mulheres. Observe-se na tabela 2 que, das 50 interlocutoras entrevistadas, 34 são casadas oficialmente ou possuem união estável. Quatorze delas, na época, estavam solteiras, e apenas duas disseram ser divorciadas.

Número de Filhos

Tabela 3 – Número de filhos

nenhum filho	25 mulheres
1	7
2	7
3	5
4	4
5	0
6	1
7	1
Total	50

Fonte: Elaborada pelas autoras

Exatamente metade das mulheres entrevistadas têm filhos. Sete delas têm 1 filho. Outras 7, dois filhos. Cinco delas têm 3 filhos e outras 4 tem 4 filhos. Por fim, duas delas têm consecutivamente 6 e 7 filhos. Algumas mulheres com as quais conversamos ainda pretendem tê-los, embora não tenhamos os dados exatos sobre esta última informação.

Número de Abortos

Tabela 4 - Número de Abortos

1 aborto	39 mulheres
2	10
3	0
4	1
Total	50

Fonte: Elaborada pelas autoras

Vimos que 39 mulheres realizaram pelo menos um abortamento durante seu período reprodutivo, conforme consta na Tabela 4. Dez realizaram dois abortos, número que também deve ser considerado. Apenas uma de nossas interlocutoras realizou 4 abortos, autoidentificando-se como morena clara, pertencente à classe popular e com Ensino Médio completo.

Formas de Abortamento

Tabela 5 - Formas de Abortamento

Misoprostol/Cytotec®	34 mulheres
Misoprostol/Cytotec®/ outras substâncias (chá, garrafadas, etc.)	14
Clínicas	2
Total	50

Fonte: Elaborada pelas autoras

Quase todas as mulheres abortaram com medicamentos, sendo o Misoprostol/Cytotec®³⁰ utilizado por 48 das 50 mulheres. Esta medicação é conhecida em larga escala tanto por nossas interlocutoras como por outros mediadores em saúde formais e/ou informais entrevistados para esta pesquisa (PORTO, 2017). Observe-se, ainda, que 14 delas misturaram o Misoprostol/Cytotec® a diferentes substâncias, como chá de arruda e cabacinha, garrafadas (várias ervas), ampolas e/ou gotinhas com teores desconhecidos³¹. Entre as 50 entrevistadas, 43 finalizaram o abortamento em maternidades. Cinco delas iniciaram e terminaram o procedimento com medicamentos em locais não hospitalares. E outras duas realizaram o procedimento em clínicas particulares fora de Natal.

³⁰ O Misoprostol/Cytotec® é um medicamento utilizado na prevenção de úlceras gástricas associadas à administração de anti-inflamatórios não esteroides. Além disso, estimula as contrações uterinas, de modo que é utilizado, com frequência, para a realização de abortos seguros, recomendado pela Organização Mundial da Saúde. No país, foi comercializado normalmente entre os anos de 1986 e 1991, quando então a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) proíbe sua circulação a partir da publicação de uma pesquisa informando suas possíveis reações e “contraindicações” (MARIANI NETO et al., 1987).

³¹ Duas delas ainda referiram-se aos escalda-pés (tratamento antigo cujo principal objetivo é aquecer os pés e tirar a friagem após uma caminhada pela neve, exposição à chuva, nas gripes e dores articulares), pois este recurso, unido aos outros, “ajudaria a descer a menstruação”. Para saber mais sobre este assunto, ver Porto e Galvão (2014).

Raça/Cor

Tabela 6 - Raça/Cor

Negra	10 mulheres
Branca	9*
Morena Clara	4
Mulata	1
Parda	18
Misturada	1
Oriental/Nipônica	1
Branca do cabelo rebelde, pé na África	1*
Não disse/sem informações	5
Total	50

Fonte: Elaborada pelas autoras

Sobre a tabela raça/cor, 23 mulheres que participaram da pesquisa se autodenominaram nesse quesito³². Os dados sobre as outras 27 entrevistadas foram anotados a partir dos prontuários. Dentre as 23 colaboradoras, registramos que 7 se autodeclararam brancas e apenas 1 se autoidentificou como negra. Na soma entre as demais categorias, excetuando-se a oriental/nipônica, temos aí 13 mulheres que se autodeclararam morenas claras, mulatas, pardas, misturadas. Ainda, uma delas se declarou “branca do cabelo rebelde, pé na África”, afirmação que sem dúvida deixou intrigadas estas pesquisadoras com maneira pela qual seria aqui identificada. Seguindo as premissas do IBGE, resolvemos citá-la *ipsis literis* conforme sua autodeclaração.

Dentre as outras 27 colaboradoras, temos que 9 são negras, 11 pardas, 2 brancas e não constava no prontuário a identificação de 5 entrevistadas. Vale ressaltar que, na época da pesquisa, esse quesito do prontuário era marcado pelo primeiro profissional que atendia a paciente na triagem. Observa-se, assim, que na soma entre autodeclarações e identificações nos prontuários, temos um total de 10 negras, 25 pardas (somando-se as “não brancas”, morenas, mulatas, misturadas etc.), 10 brancas

³² O censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) tem feito dessa maneira a partir das últimas edições, e qualquer coisa que o entrevistado responda (incluindo coisas como “marrom bombom”, “moreninho” etc.) devem ser registradas. Essa forma de classificação é fruto de intervenção de consultoria de profissionais das Ciências Sociais, que retiraram as categorias fixas (dentre as quais as pessoas deveriam escolher apenas uma) para que se passasse a perguntar como as pessoas realmente se veem. Tais informações foram obtidas oralmente por uma de nossas investigadoras com pesquisadores que atuaram no último censo de IBGE.

e apenas 5 mulheres não responderam/não constava informação no prontuário.

Classe Social

Tabela 7- Classe Social

Classe Média Alta	01 mulher
Classe Média	07
Classe Média Baixa	05
Classe Popular	10
Não disse/sem informações	27
Total	50

Fonte: Elaborada pelas autoras

Não houve coleta suficiente da informação sobre classe social em nossa pesquisa, como também não houve sobre o quesito escolaridade. Obtivemos informações apenas de 23 entrevistadas, o que poderia enviesar a análise dos dados. Entretanto, acreditamos que tais informações não poderiam ser ignoradas.

Como na tabela precedente sobre raça/cor, as denominações de classe social estão sendo aqui proferidas de acordo com nossas interlocutoras, mas a diversidade de categorias já não se processa tão criativamente como na classificação anterior. Mesmo não havendo coleta suficiente de dados para esse quesito, o quadro demonstra que o aborto perpassa todas as classes sociais. Em menor número, entre 23 das 50 entrevistadas, aparecem mulheres que se autodesignaram pertencentes a classes sociais mais abastadas (1 classe alta e 7 delas classe média). Somando a classe média baixa com a classe popular, esse número se eleva para 15³³.

³³ Observe-se ainda que existe maior dificuldade de acesso às classes sociais mais altas, em razão do próprio lugar da pesquisa e das muitas formas de controle da privacidade desses grupos sociais.

Escolaridade

Tabela 8 - Escolaridade

Ensino Superior Completo	15 mulheres
Ensino Superior Incompleto	1
Ensino Médio Completo	5
Ensino Médio Incompleto	1
Ensino Básico Completo	3
Ensino Básico Incompleto	1
Não disse/sem informações	24
Total	50

Fonte: Elaborada pelas autoras

Identificamos 15 mulheres que efetivamente passaram pelo Ensino Superior. Uma outra colaboradora não concluiu por questões econômicas. Cinco têm Ensino Médio completo e uma informante não chegou a concluí-lo. Três entrevistadas conseguiram chegar até o fim do Ensino Básico. Uma outra desistiu, mas é alfabetizada. Contudo, torna-se difícil arriscar uma análise mais apurada sobre a escolarização das colaboradas nessa investigação sem as informações das outras 24 mulheres, lembrando que algumas estudantes universitárias vieram ao nosso encontro. Levando em consideração os dados aqui descritos, vemos que, em menor ou maior grau, todas as 26 mulheres que passaram por nossa pesquisa tinham algum tipo de escolarização.

Religião

Tabela 9 - Religião

Católicas	21 mulheres
Evangélicas	3
Ateísta	2
Agnóstica	2
Católica 'confusa'	1
'espiritual'	1
'só cristã'	1
cristã (ex evangélica)	1
Cristã 'livre'	1
cristã 'não radical'	1
Crê em 'deusas', por ser feminista	1
Não lida bem com assunto de religião	1
Sem religião	1
Não disse	3
Total	50

Fonte: Elaborada pelas autoras

Novamente, a criatividade toma conta das categorias criadas por nossas interlocutoras no quesito religião: ‘Católica confusa’, ‘espiritual’, ‘não lida bem com assunto de religião’, ‘só cristã’, ‘cristã (ex-evangélica)’, ‘agnóstica’, ‘ateísta’, ‘evangélica (não era quando fez aborto)’, ‘católica’, ‘Cristã livre’, ‘Crê em ‘deusas’ por ser feminista’, ‘cristã não radical’ etc. Observe-se que boa parte de nossas entrevistadas professa algum tipo de religião (44), confirmando que estas mulheres decididas em suas escolhas, mesmo quando “crentes”, abortam.

Contudo, a religião é apenas um dos elementos que fazem parte dos itinerários abortivos dessas mulheres, de sua pluralidade e heterogeneidade. Além da discussão sobre o enfrentamento do aborto estar fortemente alicerçada nas ideias e nos usos que as mulheres fazem de Deus – através ou não de suas crenças – podemos, por outro lado, encontrar diferentes tipos de disposições subjetivas que as auxiliam em suas escolhas.

Aborto: Agenciamento e Resistência

A antropóloga Susana Rostagnol (2016, p. 139) sugere que a ação de abortar sempre é um momento de agência para as mulheres, pois existe intenção e uma sujeita que atua. Embora se trate de uma agência que não as empodera, ainda assim é um tipo de agência.

Observe-se que as próprias mulheres que decidem interromper uma gestação fazem parte desse rol de resistências que as agenciam (ORTNER, 1996, 2007), podendo levá-las a um jogo perigoso, especialmente no que diz respeito à clandestinidade – risco de morte, perseguição, preconceito –, um jogo de resistência muitas vezes contra a família, o Estado e a religião (PORTO, 2009).

A partir dessa experiência extremamente complexa, as mulheres vão construindo sua decisão de abortar, sendo que são várias as considerações que entrarão em jogo durante o processo. Decisões que foram tomadas de maneiras bastante heterogêneas entre nossas entrevistadas, pois enquanto algumas titubearam diante da decisão, outras assim que souberam de sua gravidez não tiveram dúvida quanto ao que fazer. Com certeza, contradições, insegurança, medo e vergonha são fatores que, via de regra, estavam presentes nos discursos dessas mulheres. É uma luta que representa ser, dentre outras, contra as suas crenças, desejos, emoções e contra o tempo, uma vez que as transformações corporais/fisiológicas reforçam o sentimento de urgência para a decisão.

Uma vez determinadas as suas escolhas, acabam por alegar uma série de motivos para não levarem adiante uma gravidez inesperada: falta de recursos financeiros, violência conjugal/doméstica, muito jovem, estudos, irresponsabilidade do companheiro, tentativas de separação, independência,

relações sexuais ocasionais e/ou forçadas, abandono e descaso dos companheiros, alcoolismo ou drogas por parte do consorte, homens desempregados e “sem futuro”, “não serviria para ser pai de meus filhos”, cuidados com o corpo etc. E muitas vezes essas disposições se multiplicam e se articulam entre as razões que as levam ao aborto. Nesse caso, se deve levar em consideração que algumas mulheres engravidaram por problemas de acesso aos medicamentos, pelo esquecimento em tomar a pílula ou porque os maridos não as deixavam consumir os contraceptivos. Vamos explorar algumas delas.

Por vezes, o que impulsiona e ativa suas ações para abortarem perpassa pela satisfação pessoal e a responsabilidade individual decorrente da realização de um projeto de vida pessoal (MARIZ, 1998). Assim nos narra Ester³⁴:

Isso era algo pra mim muito distante... nada concreto. Engravidar por vacilo, entendeu? A camisinha estourou e eu pensei: não, não vai dar nada. ... Mas daí fiquei desconfiada e pimba: Estava grávida! Ai o carinho foi comprar o Cytotec que ele disse que já tinha comprado pra outra namorada... Eu estava estudando e querendo ganhar o mundo. Não poderia ter filho durante esse tempo. Dai, toquei pra frente e resolvi que era hora de fazer as minhas coisas. Gravidez, nem sei, é conversa pra outro momento (Ester, 22 anos, grifo nosso).

Assumir uma gravidez inesperada nestas condições a faria abrir mão de uma série de eventos relacionados, como, por exemplo, uma carreira profissional, grandes projetos de trabalho, viagem de estudos ou lazer, privando Ester de muitos sonhos futuros ou de “aproveitar a vida” de maneira mais imediata.

Caso interessante demonstrou ser o de Monalisa (29 anos). Ela abortou porque ainda queria morar fora do Brasil e não considerava, segundo nos informa, os brasileiros ‘bons pais’ (ao contrário dos estrangeiros com quem teve contato). Não sabemos se este seria o caso de um “etnocentrismo invertido” (ROCHA, 1988), para não dizer de sérios problemas com a cultura colonizadora que, muitas vezes, se propaga por algumas regiões ou cidades do País. Pode-se ainda avaliar que Monalisa demonstra uma insatisfação na maneira pela qual se configuram as relações de gênero no espaço do seu cotidiano. Aspecto relevante, pois os modos de criação podem pesar na hora de ter ou não filhos – “em que mundo estou colocando essas criaturas?”,

³⁴ Todos os nomes foram trocados para preservar a identidade dessas mulheres, as quais gentilmente nos concederam as entrevistas, seguindo aqui os apontamentos de Claudia Fonseca (2008), especialmente no que diz respeito ao anonimato nos textos antropológicos.

“como essa decisão vai pesar no meu cotidiano?”, “meu meio social vai me colocar como única e principal responsável da criação deste filho?” –, questões que perpassam o pensamento de parte dessas mulheres na hora de tomar decisões.

Nossas interlocutoras, de uma forma ou de outra, ainda procuram uma maneira de resolver “o problema”, por vezes, sem a presença dos seus companheiros, pelas razões já conhecidas: abandono, descaso, medo que o consorte saiba da gravidez (especialmente em relações violentas), gravidez causada por relações sexuais ocasionais, por serem muito jovens, alcoolismo ou drogas etc. Josiane, outra de nossas interlocutoras, nos informa que seu namorado estava à milhas de distância, e não poderia assumir uma gravidez nessas condições:

Quando fiz o aborto, eu namorava um rapaz que morava em Salvador e aí eu não tomava comprimidos. A gente se via a cada dois meses só. Eu e ele... a gente achava desnecessário tomar qualquer coisa, então usávamos caminha... ou era fora (coito interrompido). E foi nessas que eu engravidei. E daí, corri sozinha atrás de qualquer coisa para abortar. Estava realmente decidida. Só não sabia bem como iria fazer. Quando vi o preço das clínicas desisti. Primeiro, que teria que viajar para longe. Segundo, grana demais. Fui pro medicamento mesmo (Josiane, 21 anos, grifo nosso).

Além de todos os percalços no caso de Josiane – sendo que ela teve que passar pelo processo duas vezes por ter tomado medicamento adulterado³⁵ –, a parte econômica, como se vê, também afeta fortemente as escolhas de nossas entrevistadas. Muitas outras interlocutoras não têm condições financeiras de assumir uma gravidez, pois além de subempregadas ou participantes de estágios de baixa remuneração, ainda precisam ajudar a família ou mesmo sustentar os filhos que já têm.

Eu já tinha dois filhos, como que iria sustentar mais um? Aí eu fui junto com minha cunhada e a gente comprou o Cytotec, aquele remédio que faz descer... que aborta. Meu marido queria que eu engravidasse, mas eu não quero mais botar filho no mundo não. Afff Maria! Mal dá pra sustentar os que a gente já tem... (Anita, 33 anos, grifo nosso).

Por vezes, mulheres que vivem relacionamentos estáveis acabam por abortar escondidas de seus companheiros justamente por não terem

³⁵ Ver Porto (2017).

condições financeiras de arcar “com mais uma boca pra comer” (Anita). O mesmo ocorreu com Renata, 34 anos, que, após várias discussões com o marido, resolveu que naquele momento não seria possível ter mais um filho – o casal já tinha duas crianças e, depois, tiveram a terceira. Renata observou que, naquele momento, “não seria bom por questões financeiras”, pois estavam comprando uma casa nova, não possuíam carro, tampouco contavam “com uma poupança...”.

Rita, 35 anos, observa que abortou porque o marido não tinha empregos estáveis (no caso do primeiro aborto, ainda enfrentava problemas com o alcoolismo) e o primeiro filho, segundo ela, já custava muito ao casal. Disse que abortou duas vezes pelo mesmo motivo. Ainda, conforme observamos em outras ocorrências (ver Monalisa, citada acima), estas mulheres não têm certeza se desejam que estes homens sejam os pais de seus filhos. Pâmela, na época da pesquisa com 37 anos, nos disse que,

*O primeiro e segundo abortos foram de um namorado que era envolvido com tráfico de drogas na Zona Norte da cidade... o terceiro aborto foi porque meu namoro era recente... depois virou ‘ficante’, depois que virou marido... já separei dele. **Não tinha certeza se queria ter filhos com ele...** (Pâmela, 37 anos, grifo nosso).*

Por sua vez Amélie, 31 anos, além de não querer conturbar a pós-graduação que realizava na época (especialização), acreditava que o namorado não tinha os requisitos que ela gostaria para desejar ser mãe.

Em outros casos, as mulheres afirmam que não podem contar com os progenitores, justamente por estes não estarem dispostos a assumir uma gravidez. Nesse aspecto, não é novidade que os homens pouco participem dos processos de abortamento, até mesmo abandonado a mulher durante esse processo. Quando o fazem, agem, amiúde, no privado: procuram e compram o Cytotec® – e/ou outros tipos de medicação –, pagam pelo procedimento quando realizado em clínicas de aborto, dão carona à companheira, deixando-a na porta da maternidade. Uma das entrevistadas argumentou não ter contado sobre a gravidez e posterior aborto para o parceiro: “resolvi sozinha. Ele não precisa saber. Nem ia me ajudar mesmo” (Glória, 27 anos).

Outra razão bastante grave encontrada nos discursos das mulheres diz respeito à violência conjugal. Algumas de nossas interlocutoras engravidaram após terem relações sexuais forçadas com os companheiros (ou ex-companheiros), as quais ocorreram por vezes em relacionamentos “terminais”:

*Sabe, eu tenho um bebezinho de 7 meses, **minha religião não permite que eu faça isso e eu também sou contra!***

mas... eu me separei do pai, ele me batia muito e agora que tô livre dele, veio esse bucho, eu não tenho condições. Ainda por cima ele vai pensar que eu fiz de propósito e não quero, não quero mais nada com ele. Sabe tive muito medo de vir aqui. Medo de ser presa e medo do pai descobrir. Ele me puniria por isso... ainda tenho medo que ele chame a polícia pra mim. (Juliana, 29 anos, grifo nosso).

É muito difícil pra mim, eu já tenho 7 filhos. Não ia dar conta de mais esse não. Lá em casa nós somos evangélicos e meu marido não deixa usar remédio não (anticoncepcional). Só ele que trabalhava e agora está desempregado. Eu que tô arrumando umas lavagem de roupa pra quebrar um galho senão nós tudo morria de fome. Imagina se fosse pra ter esse menino eu ia ter que dar pra alguém criar... ia ficar muito feio pra nós e meu marido não ia deixar. Faço isso por ele também... mas ele não sabe! (Josefa, 34 anos, grifo nosso).

Nessa direção, é importante lembrar que as mulheres, em alguns casos, não têm chances de escolher seus próprios métodos contraceptivos, ou o fazem de maneira velada. Reflexo da imposição de seus companheiros, quando não de outras figuras masculinas – a exemplo do pai, tio ou até mesmo do padrasto – que acabam por decidir suas vidas reprodutivas (PORTO, 2014). Assim, por mais que a contracepção seja considerada comumente de responsabilidade das mulheres e que a maioria dos homens não tenha maiores preocupações com os cuidados preventivos – seja em relação a doenças sexualmente transmissíveis, seja em relação à gravidez – as mulheres muitas vezes precisam “driblar” seus maridos, especialmente quando estes desejam aumentar sua prole. Algumas mulheres, já considerando terem filhos “suficientes”, recorrem a métodos contraceptivos que consideram mais eficazes – a exemplo da injeção de três meses –, numa tentativa de esconder do companheiro que estão se protegendo de uma gravidez que, por uma série de razões, já não faz mais parte de seus planos (TORNQUIST; MIGUEL; PORTO, 2012)³⁶.

Ainda, o cuidado com o corpo através da recusa na constante utilização de hormônios – e até mesmo o veganismo como articulação política, especialmente entre “jovens feministas” (CARMO, 2014; ARAÚJO, 2015) –, afeta estas sujeitas que acabam por engravidar ao utilizarem outras formas de contracepção consideradas seguras para sua saúde, porém, pouco eficazes no que diz respeito à contracepção – a exemplo do coito interrompido³⁷.

³⁶ Importante lembrar que as mulheres abortam também para se livrarem das marcas da violência sexual, como o estupro, sendo que muitas desconhecem o seu direito ao aborto legal nesses casos.

³⁷ Sobre a questão do “coito interrompido”, ler sobre “O drama de Maria Flor” em artigo que publicamos na *Revista Estudos Feministas* (PORTO; DANTAS SOUSA, 2017).

Percebemos, em nosso universo de pesquisa, que tal “método” é muito utilizado pelas mulheres, todavia nos pareceu pouco eficaz, em virtude de seus já conhecidos efeitos colaterais, ou seja, a gravidez.

Nessa direção, Bela, 24 anos, nos conta que abortou porque, além de ser extremamente jovem na época (15 anos), e estar iniciando a carreira como fisiculturista (hoje é formada e trabalha como *personal trainer*), ainda iria pôr a perder anos de investimento na questão da construção corporal que estava em início, além de não ser bem-vinda para os pais, porque era adolescente.

Diante do exposto, observa-se que as razões para as mulheres abortarem são diversas e não se limitam a determinadas singularidades. Suas razões e motivações são plurais e perpassam o imaginário social e cultural de que “existe informação suficiente para não engravidar”. Como destaca Susana Rostagnol (2016, p. 119), “es un evento extraordinário porque lleva a la suspensión temporal de vida normal. La mujer pierde el control sobre su cuerpo y su vida, y aparece muy fuertemente el deseo de volver a la normalidad, asimilada a no embarazo”. São elas, de uma maneira ou de outra, que acabam sofrendo sozinhas as consequências que um aborto clandestino pode ocasionar. Fato, não obstante, que se processa de forma bastante diferenciada nos campos emocionais e subjetivos entre homens e mulheres.

Conclusões

Michel Foucault (2008) já observara que vivemos em uma sociedade regida por questões que se delineiam através de práticas e ações de *governamentalidade*. Segundo o autor, desde o século XVIII somos regidos e controlados no que diz respeito às diversas áreas da vida, como a reprodução, a saúde, a morte, nossos hábitos, vícios etc.

Tal controle, sem dúvida, se reflete nessas relações de gênero e poder, confirmando a autoridade e domínio que se repetem pelos séculos sobre os corpos e “espíritos” das mulheres. Estes mesmos corpos que estão sob constante vigilância, seja no aspecto público – Estado, Igreja, Hospitais e outras instituições –, seja no privado – companheiros, maridos, namorados, pais, tios etc.

Para esse texto, analisamos entrevistas realizadas com 50 mulheres que participaram da pesquisa, tomando como recorte alguns dados censitários no que diz respeito à idade, situação conjugal, raça/cor, religião etc. Talvez esse número não seja suficiente para confirmar uma análise em grande escala, mas certamente não poderiam ser desprezados, uma vez que indicam uma série de fatores importantes para reflexão. Também nos preocupamos em analisar as razões pelas quais as mulheres recorreram ao aborto inseguro, segundo suas experiências e estilos de vida.

Na trajetória dessas mulheres, observa-se que sua atividade reprodutiva concentra-se mais na faixa etária entre os 20 e 29 anos, conforme corrobora a literatura sobre o tema (ROSTAGNOL, 2016; MONTEIRO, ADESSE, 2006; DINIZ et al., 2017). Pertencem a todas as classes sociais, sendo que 26 mulheres entrevistadas, em menor ou maior grau, são escolarizadas.

Metade delas tem pelo menos um filho. Trinta e quatro são casadas ou vivem em união estável, sendo que este último dado efetivamente desconstrói o pensamento do senso comum que, via de regra, acusa como protagonista do aborto aquela mulher solteira, jovem e sem filhos. Do mesmo modo, faz-se importante lembrar que algumas dessas sujeitas idealizam igualmente a reprodução, mesmo tendo recorrido, em determinados momentos de suas vidas, ao aborto. Interromper uma gestação não significa, pura e simplesmente, não desejar a maternidade. Deve-se levar em consideração também que o grau de complexidade nesse processo é bastante heterogêneo.

Percebemos diferenças bastante acentuadas em seus itinerários abortivos, como já observamos em outros momentos (PORTO, 2017; PORTO, DANTAS, 2017). Contudo, o desfecho de suas histórias se repete tal qual ilustra a literatura sobre o tema, principalmente no processo de substituição, expansão e utilização do Misoprostol/Cytotec® (por vezes misturado a outros medicamentos) e na finalização do abortamento em hospitais através de curetagem ou de aspiração manual intrauterina (DINIZ; MEDEIROS, 2012).

Das 50 mulheres, apenas duas realizaram o aborto em clínicas clandestinas fora do Rio Grande do Norte. Estas pertencem a classes sociais diferenciadas³⁸. Esses dados também corroboram as informações encontradas e aqui já citadas (MARTINS-MELO et al., 2014; DINIZ et al., 2017). Isso nos leva a crer, hipoteticamente, que não existem clínicas de aborto nos locais pesquisados no RN. Conforme informações de uma de nossas interlocutoras, a clínica mais próxima, na época em que realizou o aborto, estava a 300/400 km de distância, em outra cidade, fora do Estado – o que a fez optar pelo Misoprostol/Cytotec®. É necessário atentar, todavia, que tais “clínicas clandestinas” ou casas de “mães de anjo” não deixam de existir na região estudada. Especulam-se notícias sobre a existência de tais casas ou clínicas em alguns bairros da capital, especialmente através de narrativas policiais que aparecem em jornais potiguares, mas nunca nada foi comprovado, tampouco aparece qualquer notícia nos jornais da região (PORTO; DANTAS SOUSA, 2017).

Somando-se o número de mulheres “não brancas” nesta investigação (35), destacamos que são as mulheres negras, morenas claras, mulatas, pardas, misturadas e talvez “brancas do cabelo rebelde, pé na África”, as que

³⁸ A primeira, a classe média alta, e, a segunda, se autodeclarou como pertencente às classes médias baixas da população potiguar.

realizam aborto nesta parte do Nordeste, sendo que esta região apresenta um baixo grau de escolaridade e renda, onde, sem dúvida, as mulheres de etnias “não brancas” são as mais prejudicadas em seus direitos sexuais e reprodutivos. Resultados que se confirmam de acordo com outros levantamentos sobre o tema no Brasil, especialmente no que diz respeito ao recorte em referência – raça/cor (MARTINS-MELO et al., 2014; DINIZ et al., 2017).

Observamos que, independentemente de suas crenças, as mulheres entrevistadas acabam por ressignificar o aborto, muitas vezes propondo narrativas permeadas por discursos religiosos “em nome de Deus”, que serve como um “coringa”, ora positivo ora negativo (DIAS DUARTE et al., 2006, p. 45), para justificar as várias situações de abortamento: “Sou evangélica e sei que Deus quis assim”, “Deus sabe o que estou fazendo e vai me perdoar”, “Só Deus sabe o que eu passei”, “Deus pode até me castigar, mas eu faria tudo novamente”.

Nossa disposição crítica permite atentar que as mulheres remetem a vontade divina a um patamar superior, o que revela um fascinante panorama de religiosidade explícita, mas que, de nenhum modo, interfere em suas escolhas. Ao contrário, suas opiniões são ressignificadas de maneira bastante tolerante para com a prática do aborto e simultaneamente correlacionadas às suas crenças, conforme já observado por Flavia de Mattos Motta et al. (2013), em pesquisa realizada com mulheres de camadas populares em Santa Catarina.

Culpa, crime e castigo passam a ser reelaborados a partir do perdão e da compreensão divinos, da penalização ou vitimização por elas direcionadas, por meio da caridade e dos resgates kármicos, ou através do que poderíamos chamar de agenciamento e gerenciamento “da culpa”. Ainda, ele é agenciado pelas mulheres para apaziguar não somente o medo do castigo divino, mas para dar coragem e enfrentar os possíveis problemas que possam advir da realização de um ato criminalizado não somente por julgamentos religiosos ou morais, mas principalmente pela Justiça, uma vez que o aborto em nosso país é considerado ilegal. Em Deus encontram forças suficientes para enfrentar o medo e/ou para ter coragem de ir adiante em suas escolhas e decisões. Há, durante todo o tempo, uma reelaboração e uma ressignificação religiosa sobre os usos que fazem de Deus, ou em nome de Deus. Como bem nos lembram Luís Fernando Dias Duarte et al. (2006), tal reelaboração traria Deus como o grande “coringa” que sustenta, alimenta, agencia, castiga, mas ao mesmo tempo dá forças para enfrentarem tais incidentes inesperados, os quais reverberam fortemente nessas relações.

Finalmente, encontramos entre nossas interlocutoras diferentes disposições subjetivas que as impulsionaram a recorrer à interrupção da gravidez: falta de recursos financeiros, violência conjugal, relações sexuais

ocasionais e/ou forçadas, abandono e descaso dos companheiros, alcoolismo, drogas (por parte dos consortes), dentre outras razões mencionadas, as quais se inter cruzam, não havendo apenas um motivo singular para recorrerem ao aborto. Dizer que as mulheres registram informações suficientes para não engravidarem perpassa pelas opiniões do senso comum, mesmo entre os mais escolarizados e catedráticos. Para estes, o caminho “natural” para a culpabilização é composto por julgamentos e juízos de valor contra as mulheres pelo ato do aborto, retirando, comumente, a responsabilidade dos homens nesse processo.

Por fim, observa-se que a autonomia individual, subjetiva e hedonista das mulheres acaba por incomodar os mais conservadores, acostumados a demarcar diferentemente autonomias e hierarquias de gênero. Importante lembrar, tal qual reflete Veena Das (2007), que incidentes inesperados – como ocorrências de abortos inseguros – transformam de várias maneiras a vida das pessoas e, conseqüentemente, forçam-nas a se manifestarem sobre esse “algo que não esperavam” de formas as mais diversas.

Colaboradoras

Rozeli Porto foi responsável pela coleta e análise dos dados empíricos, e pela redação do artigo. As demais autoras pela coleta de dados e revisão dos argumentos.

Referências

ARAÚJO, V. D. de. **“Eu Não Engravidei, Fiz Um Aborto”**: Narrativas do Aborto Clandestino entre Feministas Jovens. 2015. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2015.

AREND, S. M. F. et al. (orgs.). **Aborto e Contracepção**. Histórias que ninguém conta. Frlotianópolis: Insular, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica 2**. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2011. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno nº 4).

BALZA, M. **Rompendo o Silêncio: Aborto e violência institucional no atendimento do hospital/maternidade Santa Catarina, Natal-RN**. Relatório de Pesquisa CNPq. Projeto: Práticas e representações de Profissionais de Saúde relativas ao aborto legal e suas relações com mulheres usuárias do SUS em hospitais/maternidades no RN”. Edital MCTI/CNPq/SPM-PR/MDA Nº 32/2012 - 2015.

CARDOSO de OLIVEIRA, R. O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever. In: **O trabalho do antropólogo**. 2. ed. Brasília; São Paulo: Paralelo 15; Ed. da UNESP, 2000. Cap. 1

CARMO, Í. N. do. **“Viva o feminismo vegano!”**: gastropolíticas e convenções de gênero, sexualidade e espécie entre feministas jovens. 2013. 166p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

CAVALCANTE, A.; BUGLIONE, S. Pluralidade de Vozes em Democracias Laicas: o desafio da alteridade. In: MAIA, M. B. (org.). **Direito de Decidir**: Múltiplos Olhares sobre o aborto. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008.

COSTA, M. **A Via Crucis da Legalidade**: Violência sexual, aborto e objeção de consciência em uma Maternidade Potiguar. 2017. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Programa de Pós Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017.

CPI que investiga ONGs favoráveis à legalização do aborto pode ameaçar o acesso à informação. 03/06/2013. Disponível em: <<http://artigo19.org/blog/cpi-que-questiona-ongs-favoraveis-a-legalizacao-do-aborto-pode-ameacar-o-acesso-a-informacao>>. Acesso em: 20 dez. 2014.

DANTAS SOUSA, C. H.; PORTO, R. Paradoxos da atenção ao aborto provocado: urgências e emergências em uma Maternidade Escola em Natal/RN. **Bagoas**, Estudos gays: gêneros e sexualidades, v. 7, p. 44-64, 2013.

DAS, V. The Act of Witnessing: Violence, Gender, and Subjectivity. In: **Life and Words**: Violence and the Descent into the Ordinary. California: University of California Press, 2007.

DIAS DUARTE, L. F. et al. Família, Reprodução e Ethos Religioso: subjetivismo e naturalismo como valores estruturantes. In: DUARTE, L. F. D. et al. (orgs.). **Família e Religião**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2006.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 959-966, 2010.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, [online], v. 22, p. 653-660, 2017.

DINIZ, D.; RIBEIRO, D. C. **Aborto por anomalia fetal**. Brasília: edição do autor, 2003.

FONSECA, C. O anonimato e o texto antropológico: Dilemas éticos e políticos da etnografia “em casa”. In: **Experiências, dilemas e desafios do fazer etnográfico contemporâneo**. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2008.

FOUCAULT, M. A Governamentalidade. In: **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

GRUPO prepara ação no STF por aborto em casos de microcefalia. **Folha de S. Paulo**, 29/1/2016. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/01/1734795-grupo-prepara-acao-no-stf-por-aborto-em-casos-de-microcefalia.shtml>> Acesso em: 20 mar. 2016.

HABERMAS J. **Consciência Moral e Agir Comunicativo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

LEI Geral das Religiões segue sem definição. **Senado Notícias**, 4/09/2014. Disponível em:

<<http://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2014/09/04/lei-geral-das-religioes-segue-sem-definicao>>. Acesso em: 20 dez. 2014.

MACHADO, L. Z. Feminismos brasileiros nas relações com o Estado. Contextos e incertezas. **Cadernos Pagu**, Campinas, v. 1, p. 1-13, 2016.

MARIZ, C. L. A opinião dos evangélicos sobre aborto. In: FERNANDES, R. C. (org.). **Novo nascimento: os evangélicos em casa, da igreja e na política**. Rio de Janeiro, Mauad, 1998.

MARTINS-MELO, F. R. et al. Tendência temporal e distribuição espacial do aborto inseguro no Brasil, 1996-2012. **Revista Saúde Pública**, v. 48, n. 3, p. 508-520, 2014.

MENEZES, G.; AQUINO, E. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, Sup. 2, p. S193-S204, 2009.

MINISTÉRIO da Saúde revoga portaria que definia valor de aborto terapêutico no SUS. **O Globo**, 29/6/2014. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/sociedade/saude/ministerio-da-saude-revoga-portaria-que-definia-valor-de-aborto-terapeutico-no-sus-12651190>>. Acesso em: 20 dez. 2014.

MONTEIRO, M. F. G.; ADESSE, L. Estimativas de aborto induzido no Brasil e Grandes Regiões (1992-2005). **Saúde Sexual e Reprodução**, n. 26, p. 1-10, 2006.

MOTTA, F. de M. Vida interrompida: Aborto e espiritismo nas representações de mulheres de grupos populares. **Bagoas**, n. 9, p. 109-131, 2013.

MISOPROSTOL. Disponível em: <http://ww2.prefeitura.sp.gov.br//arquivos/secretarias/saude/mulher/0013/P_rot_misoprostol_2005.pdf>. Acesso em: ago. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003**. Geneva: OMS, 2007.

ORTNER, S. **Making Gender: The politics and erotics of culture**. Boston: Beacon Press, 1996.

_____. Poder e Projetos: reflexões sobre a agência. In: GROSSI, M; ECKERT, C; FRY, P. (org.). **Conferências e diálogos: saberes e práticas antropológicas**. Brasília, Blumenau: ABA; Nova Letra, 2007.

PEC que ameaça estado laico avança no Congresso brasileiro. **Sul 21**, 2/4/2013. Disponível em: <<http://www.sul21.com.br/jornal/pec-que-ameaca-estado-laico-avanca-no-congresso-brasileiro>>. Acesso em: 20 dez. 2014.

- PEIRANO, M. **A favor da etnografia**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995.
- PORTO, R. **Aborto legal e o cultivo ao segredo**: dramas, práticas e representações de profissionais de saúde, feministas e agentes sociais no Brasil e em Portugal. 2009. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.
- _____. Desafios e avanços sobre o aborto no Brasil e na América Latina. In: MINELLA, L. S.; ASSIS, G. de O.; FUNCK, S. B. (orgs.). **Políticas e fronteiras**. Tubarão, SC: Copiart, 2014.
- _____. Entremeando Relações de Poder: Itinerários Abortivos e os/as diferentes Mediadores/as em Saúde. In: VALLE, C. G. O; NEVES, R. C. M; TEIXEIRA, C. C. (orgs.). **Antropologia e Mediadores no Campo das Políticas de Saúde**. (2017) Prelo.
- PORTO, R.; DANTAS SOUSA, C. H. “Percorrendo caminhos da angústia”: itinerários abortivos em uma capital do Nordeste brasileiro. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 25, n. 2, edição maio-agosto, 2017.
- PORTO, R.; GALVÃO, F. D. “Aborto não, chá pra fazer descer!”: interstícios da medicina popular na saúde sexual e reprodutiva de mulheres em Caicó/ RN. In: RBA - REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 29. UFRN, Natal/RN, 3 a 6 de agosto de 2014.
- GUIMARÃES, E. P. R. **O que é etnocentrismo?** 5. ed. São Paulo: Brasiliense, 1988.
- ROSTAGNOL, S. **Aborto Voluntario y relaciones de Género**: Políticas del cuerpo y de la reproducción. Montevideo: Ed. Universidad de la Republica, 2016.
- TORNQUIST, C. S.; MIGUEL, D. S.; PORTO, R. Receitas, Filhos e Injeções: sexualidade e contracepção em uma unidade de saúde. In: AREND, S. M. F.; ASSIS, G. de O.; MOTTA, F. de M. (orgs.). **Aborto e Contracepção**. Histórias que ninguém conta. Florianópolis: Insular, 2012.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Emergency contraception**: a guide for service delivery. Gêneve: World Health Organization, 1998.

CAPÍTULO 7

Injunções sobre o HIV/Aids em espaços de saúde: reflexões metodológicas e notas de pesquisas

Ivia Maksud

Introdução

Este capítulo deriva de apresentação realizada na 1ª Reunião de Antropologia da Saúde na Universidade Federal da Paraíba (UFPB), ocasião em que um grupo de pesquisadores pôde colocar em diálogo, por meio da experiência de atores de um e de outro campo, a antropologia da saúde e a perspectiva das ciências sociais em voga na saúde coletiva. O presente texto é uma versão reformulada de exposição baseada em exercício reflexivo acerca de um conjunto de pesquisas sobre a temática do HIV/Aids, cujo objetivo pretendia ser a discussão de algumas questões acerca da atenção médica ofertada aos “usuários” de serviços de saúde no contexto do HIV/Aids.¹

Gostaria de iniciar o texto problematizando o lugar de onde falo. As pesquisas com as quais travo diálogo foram realizadas por quatro ex-orientandos e pretendo fazer aqui um debate em que ora endosso algumas reflexões por eles previamente elaboradas, ora me aproprio do que poderíamos chamar “dados brutos” e me distancio dos caminhos analíticos previamente escolhidos por eles, partindo para outras possibilidades de análise. A produção de um texto científico produzido a partir de uma experiência indireta de pesquisa talvez possa ser considerada uma aproximação de *segunda ordem* ao campo. Brincando com os dizeres de Geertz (2002), eu diria que *Eu não estava lá, mas escrevo aqui*. Ora, essas pesquisas resultaram de trabalhos de campo que efetivamente não foram feitos por mim: os dados produzidos não decorreram de minhas experiências biográficas; não fui eu a pesquisadora a solicitar autorizações nos universos de pesquisa para realizá-las e tampouco travei com os informantes relação de qualquer tipo. Suas histórias me chegavam pelas mãos e vozes daqueles que iam se formando como pesquisadores, sob e a despeito dos meus olhares. Obviamente, em muitas reuniões e longas conversas, discutimos notas,

¹ O termo “usuários” é comumente utilizado na esfera da atenção nos serviços de saúde, na literatura de planejamento em saúde e em documentos programáticos para designar aqueles que frequentam os serviços de saúde na condição de “pacientes”. Andrade e Maluf (2014) tecem uma crítica ao uso do termo para designar os sujeitos de pesquisa e, em sua pesquisa, utilizam o termo “experientes”. Esta opção foi adotada pelas autoras no contexto de uma pesquisa sobre saúde mental. Neste texto, utilizarei o termo usuários entre aspas numa direção aproximada àquela sugerida pelas autoras, qual seja, “tomar distância e fazer a crítica necessária às demais expressões e seus significados”(ANDRADE; MALUF, 2014, p. 42).

estratégias teóricas e metodológicas, trechos de diários de campos etc. Como é comum numa relação de orientação satisfatória que envolve orientadores e orientandos, foram compartilhados comigo variados sentimentos experienciados em campo.² Esta posição situacional que ocupam os orientadores permite-nos ter acesso privilegiado a uma variedade de dados, situações e relatos que contribuem para a construção cotidiana de nossas reflexões acerca de uma determinada temática. Embora eu mesma não tenha ido a campo para produzir os dados que serão apresentados a seguir, posso dizer que estes pesquisadores me “convenceram” “não apenas de que eles mesmos realmente ‘estiveram lá, mas, ainda de que, se houvéssimos estado lá, teríamos visto o que viram, sentido o que sentiram e concluído o que concluiríamos” (GEERTZ, 2002, p. 29).

Ainda inspirada pela leitura de Geertz (2002) e suas provocações sobre assinatura e identidade autoral, a realização desse exercício que apresento aqui me levou a pensar se o texto em questão deveria ser autoral ou compartilhado com os pesquisadores referenciados, pelo fato de serem eles os “detentores” dos dados originalmente produzidos, ou não, visto que o esforço de construção de texto feito aqui, embora debruçado sobre dados produzidos no contexto de experiências biográficas alheias, não corresponda, necessariamente, à perspectiva de tais pesquisadores. Sem a certeza absoluta de que tenha tomado a decisão correta, optei por manter a “assinatura-solo” por alguns motivos.

O primeiro deles diz respeito à leitura em conjunto das quatro pesquisas e as articulações, aproximações, cruzamentos e distanciamentos que poderiam ser erigidos a partir deste olhar. O segundo deve-se à priorização de caminhos analíticos particulares, não necessariamente eleitos pelos pesquisadores em seus trabalhos originais. O terceiro motivo, tanto de ordem prática quanto estilística, deve-se, por um lado, à tentativa de maximização do tempo para desenvolver a tarefa de redação do texto e, por outro lado, a submissão de um texto ao tempo, escrutínio e revisão de oito diferentes autores (considerando-se os demais orientadores), fora de um contexto de equipe de trabalho, o que demandaria investimentos adicionais. Além disso, considerando-se as diferentes trajetórias, filiações disciplinares e escolhas teóricas dos diversos autores, implicaria um esforço de concertação de notas muitíssimo singulares que, ao final, produziria outra melodia teórica certamente diferente daquela que desejo aqui imprimir.

Quanto às pesquisas que tive a oportunidade de orientar, foram feitas por profissionais com formação de origem nas áreas de humanas e da saúde. Apresentar para um público-leitor majoritariamente das Ciências Sociais excertos de trabalhos produzidos no âmbito da Saúde Coletiva constituiu-se

² Sobre a discussão acerca das relações de orientação, ver Leite-Filho e Martins (2006) e Peirano (2004).

como uma tentativa de aproximação de dois campos disciplinares distintos que se debruçam sobre o objeto saúde. Nesse sentido, tomo as próprias pesquisas e seus produtores como objeto de exame, para refletir bastante brevemente sobre peculiaridades de tais investigações, tais como a formação de seus autores, bem como as venturas e armadilhas teórico-metodológicas propiciadas por suas posições. Posteriormente, busco realizar um debate sobre a atenção médica no contexto do HIV/Aids, colocando tais pesquisas em diálogo. Nesse livre exercício de interpretação, o contraste de diferentes campos possibilitou-me construir como categoria de análise a atenção dispensada aos sujeitos. Mas não me refiro à atenção preconizada nos documentos programáticos de uma política de prevenção e assistência reconhecidamente bem-sucedida. Estava interessada sobretudo na leitura das moralidades envolvidas nas relações que se estabelecem entre os sujeitos que se deparam com uma doença desorganizadora dos sentidos como o HIV/Aids (ou, para nos aproximarmos da perspectiva de Fassin [2016], uma “antropologia moral”).

As “pesquisas-objeto”

São quatro as pesquisas às quais me referirei nesse texto: 1) *A Sorodiscordância para Profissionais de Saúde: Estudo Qualitativo da Assistência em Ambulatório de HIV/ AIDS em Município do Estado do Rio de Janeiro*, de autoria de Edith Lago – assistente social de formação, teve como orientadores os professores Rafael Gonçalves e Ivia Maksud. Seus principais marcos teóricos giraram em torno de teóricos das representações sociais. Palavras-chave do resumo: Aids, sorodiscordância, equipe Interdisciplinar; 2) *Escolha, acaso ou descaso? Itinerários terapêuticos de pacientes que abandonaram o tratamento para o HIV/AIDS*, de autoria de Marilza Emília da Conceição Rodrigues – assistente social de formação, teve como orientadora Ivia Maksud. Os marcos teóricos compreenderam os itinerários terapêuticos e a relação médico-paciente. Palavras-chave retiradas do resumo: HIV/Aids, abandono, tratamento, itinerário terapêutico, integralidade; 3) *HIV/Aids e Profilaxia Pós Exposição Sexual: Estudo de Caso de uma Estratégia de saúde*, de autoria de Sandra Filgueiras – psicóloga de formação, foi orientada pelos professores Aluísio Gomes Silva Jr e Ivia Maksud. Fundamentação teórica: autores do planejamento em saúde em interface com as ciências sociais, com ênfase em integralidade e processos de trabalho. Palavras-chave do resumo: HIV, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - Prevenção e Controle, Integralidade em Saúde e Profilaxia Pós-Exposição; 4) *Paciente crônico, ser ou não ser, eis a questão: uma etnografia com jovens vivendo com VIH/SIDA*, de autoria de Rafael Agostini – cientista social de formação, teve como orientadores os professores Tulio Franco e Ivia Maksud. Fundamentada

teoricamente a partir de autores do campo dos adoecimentos crônicos e de longa duração, a dissertação destaca como palavras-chave antropologia, juventude, VIH/Sida, experiência da doença, doenças de longa duração.

As primeiras observações sobre as quais gostaria de lançar luz dizem respeito à relação entre a formação destes pesquisadores, a escolha do tema HIV/Aids e a construção do objeto de suas pesquisas. No universo citado, as três primeiras pesquisadoras eram profissionais de saúde atuantes como tal e suas graduações de origem eram o serviço social, em dois casos, e a psicologia. O quarto pesquisador era graduado em Ciências Sociais. Os quatro investigadores estavam envolvidos “na área do HIV/Aids”, seja como profissionais de saúde e/ou militantes. Como já dito, seus mestrados foram realizados na área de Saúde Coletiva, com exceção da primeira delas, cujo mestrado foi realizado na área de Serviço Social. Todos produziram dissertações com o aporte das Ciências Sociais e Humanas voltadas para a saúde. A escolha da temática foi feita por eles, que chegaram a mim com ideias para o recorte que os levaria posteriormente, com o auxílio dos marcos teóricos, a seus objetos finais.³ É importante sublinhar esse ponto: de que os recortes foram previamente deliberados pelos próprios pesquisadores. Tais pesquisas não estavam ligadas a nenhum projeto “guarda-chuva”, sob minha coordenação. Havia, portanto, um interesse genuíno por parte desses autores em trabalhar com essas temáticas.

Van der Geest atribui dois motivos para que médicos (e aqui incluo os demais profissionais de saúde) se interessem pela ligação entre a cultura e a medicina. Segundo ele, “o caráter social e cultural dos problemas de saúde se manifesta comprovadamente mais na prática médica do que no trabalho de pesquisa antropológica” e, conseqüentemente, para os médicos se tornou decisivo saber mais sobre as “barreiras culturais” para melhorar condições de saúde (VAN DER GEEST, 2012, p. 261). Talvez essa razão ainda possa explicar, em parte, a considerável procura de profissionais de saúde pelos cursos de pós-graduação em Saúde Coletiva e, no interior desta área, o fascínio pelas abordagens qualitativas (produção que têm sofrido influência de cientistas sociais e de seus seguidores).

Para além do interesse genuíno pelo tema, que os aproximava, havia também uma marcada diversidade de *outros saberes* e diferentes níveis de acesso à literatura sociológica, que os diferenciava entre si. Alguns desses trabalhos também dialogam tanto com a literatura de suas áreas disciplinares

³ Tive oportunidade de participar destas pesquisas de diferentes formas. Em três delas iniciei como orientadora principal, mas passei do *status* de orientadora para co-orientadora em função de deliberação institucional diante de minha mudança de instituição no período de realização dos trabalhos, ainda que continuasse exercendo meu ofício de orientadora extraoficialmente até a conclusão dos mesmos. Agradeço aos colegas professores envolvidos nestas pesquisas e principalmente aos quatro pesquisadores que pude orientar e a quem farei referência ao longo desse texto.

originais como com uma certa literatura “aplicada” característica da área da Saúde Coletiva (planejamento e política ou epidemiologia). O resultado dessa abordagem pode soar algo incompreensível para os mais puristas. Evidentemente são trabalhos que se pretendem interdisciplinares, ainda que tais produções estejam sempre, de fato, correndo o risco de serem superficiais em alguns aspectos. É preciso problematizar ainda a própria formação da orientadora em questão. Sendo cientista social de formação, inserida na área da Saúde Coletiva, busco, obviamente, desenvolver com os alunos o raciocínio sociológico. E assumo com eles os desafios e riscos desses difíceis, mas necessários, diálogos interdisciplinares. Talvez pelo fato de ter tido uma formação “generalista” em Ciências Sociais, ter tido professores tanto antropólogos quanto sociólogos e não ter me “especializado” em antropologia ou sociologia durante o mestrado e o doutorado – feito na área de Ciências Humanas em Saúde, em Pós-Graduação de Saúde Coletiva, com professores de ciências sociais e outras disciplinas da área de humanas, prefiro me definir como cientista social, que se utiliza das duas disciplinas-chave das ciências sociais (sociologia e antropologia), e de seus autores, da forma como melhor convier em cada pesquisa.

O campo da Saúde Coletiva é organizado pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) em três áreas – Ciências Sociais e Humanas em Saúde, Planejamento, e Epidemiologia. A área de Ciências Sociais e Humanas colabora com a produção de saberes para o campo da Saúde Pública no Brasil, contando com a participação de pesquisadores das Ciências Sociais (CANESQUI, 1997; LOYOLA, 2008; LUZ, 2009). Nos últimos 30 anos, este campo tem recebido pesquisadores formados em vários domínios disciplinares (REZENDE et al., 2009; SILVA et al., 2013; MAKSDUD, 2015). Trata-se, portanto, de um campo não monolítico, em permanente construção ao longo do tempo, e, por dialogar com vários saberes, lida com distintos pertencimentos epistemológicos e metodológicos. Uma preocupação deste e sobre este campo tem sido a observância sobre os abusos do “tecnicismo do método” e da fragilidade teórica na realização das “pesquisas qualitativas em saúde” (VÍCTORA, 2011; DESLANDES, IRIART, 2012; GOMES, SILVEIRA, 2012), debate que tem sido travado interna e externamente ao campo. Por estas razões, dificilmente poderia ser olhado em bloco (o que resultaria num retrato ingênuo e embaçado de suas complexas, impuras e por vezes profanas combinações).

Em conjunto, as pesquisas aqui referidas falam de uma doença estigmatizada, cujos espaços de atenção são fortemente marcados pelo atravessamento de uma série de fatores, que vão desde a própria doença em si aos marcadores sociais de gênero, geração e hierarquia social.

A primeira pesquisa, de Edith Lago, foi finalizada no ano 2009. Neste caso, é importante retermos a data, pois a assistência modificou-se. Novos

protocolos médicos foram introduzidos pelo Ministério da Saúde no “cuidado” a pessoas soropositivas e tais mudanças serão importantes para nossa discussão.⁴ A pesquisa de Edith teve como objetivo analisar representações sociais da equipe de saúde de um ambulatório especializado de HIV/Aids acerca da “sorodiscordância”, categoria originariamente epidemiológica que também tem sido utilizada para designar a relação afetivo-sexual entre uma pessoa soropositiva para o HIV e outra soronegativa. Um conjunto de trabalhos sociológicos se debruçou sobre este objeto que permite observar como determinadas regras sociais em relação à doença se colocam diante da esfera afetivo-sexual dos sujeitos (MAKSUD, 2007, 2012; FRANCH, PERRUSI, 2012, 2014; SILVA, 2012). Na esteira destes trabalhos, e colocando-os em diálogo com a literatura do Serviço Social e da Saúde Coletiva, Lago intencionava mostrar as principais dificuldades para a realização da assistência de profissionais de saúde para pacientes que se encontravam sob esta condição (LAGO, 2012). Seu trabalho de campo foi realizado com profissionais inseridos em uma equipe multidisciplinar de um ambulatório em HIV/Aids no estado do Rio de Janeiro. A autora realizou observação participante, entrevistas semiestruturadas e conversas informais com os profissionais de saúde para compreender como as relações institucionais influenciam a representação de profissionais de saúde sobre o tema.

A segunda pesquisa tematiza a relação dos sujeitos com seu tratamento. A preocupação com a dificuldade de “adesão” aos medicamentos faz parte dos esforços programáticos de controle da epidemia, configurando-se como estratégia mundial de Saúde Pública. Marilza Rodrigues tentou discutir esse fenômeno do “abandono de tratamento do HIV/Aids” olhando para outros aspectos pouco abordados em documentos oficiais: a ótica dos “pacientes”, aqueles que lidam com o problema. A produção de dados ocorreu entre os meses de julho a dezembro de 2012, através de observação participante, coleta de dados institucionais, registros em diário de campo e realização de entrevistas semiestruturadas em um serviço de saúde.

A terceira pesquisa, de Sandra Filgueiras, ocorreu no período de 2013-2015 e constituiu-se em um estudo de caso num serviço de saúde do Estado do Rio de Janeiro. Teve como objetivo analisar os “modos de aplicação” de uma recente política implementada pelo Ministério da Saúde: a “Profilaxia Pós-Exposição Sexual”. Apelidado de “PEP sexual” e considerado uma das chamadas “tecnologias biomédicas de prevenção do HIV/Aids”, tal serviço está disponível nos serviços públicos de saúde desde 2010, sendo, no entanto, bastante desconhecido do público em geral. Em linhas gerais, consiste numa certa “avaliação de risco” feita por profissionais de saúde para a administração

⁴ Refiro-me sobretudo à “PEP sexual”, disponibilizada na rede de saúde em 2010, como será visto logo adiante.

do uso de medicações de antirretrovirais por pessoas que tenham se “exposto a risco” de transmissão sexual do HIV (BRASIL, 2010; FILGUEIRAS, 2015).⁵ Trocando em miúdos, permite a prevenção da transmissão do HIV e de outras ISTs, mesmo após contato sexual (relações sexuais desprotegidas ou falhas no processo) ou com sangue (acidentes perfuro-cortantes). Novamente, neste trabalho, como na pesquisa de Edith, temos em questão o fantasma da aproximação entre pessoas consideradas sadias e doentes. A chamada “prevenção combinada” acaba por desafiar os domínios antes separados das lógicas da prevenção e da assistência, ao conferir medicamentos, tradicionalmente utilizados em quem já é doente, em corpos ditos saudáveis.⁶

A quarta pesquisa, de Rafael Agostini, objetivava pensar os sentidos da cronicidade para jovens soropositivos. O trabalho de campo se caracterizou pela realização de entrevistas narrativas com jovens que adquiriram o HIV por transmissão vertical (ou seja, no momento do parto ou da amamentação). O trabalho de Agostini nos oferece algumas pistas para pensar a relação desses jovens com os profissionais de saúde, ainda que partam apenas da concepção dos primeiros.

Ao longo de uma leitura contrastiva, as pesquisas nos apresentam personagens que atuam em cenários de saúde: pessoas vulneráveis (ou que se tornam, ou que se tornam ainda mais) ao longo do processo de aquisição desse diagnóstico/identidade, confrontadas com profissionais de saúde, ora demonstrados como aliados, ora retratados como algozes, juízes e inquisidores nos espaços destinados à assistência.

O acesso aos sujeitos de pesquisa nestas instituições: reflexões sobre a posição do pesquisador nos cenários de pesquisa

A entrada em campo é um momento crucial para todos os pesquisadores. As circunstâncias desta entrada, os atores que “autorizam” ou que mediam a relação dos pesquisadores com a instituição, é um aspecto importante a ser pensado e problematizado pelo pesquisador em todo o processo de pesquisa (KAUFFMAN, 2015; DINIZ, 2008). Quando se trata de um hospital ou outra unidade de saúde, observar e problematizar questões como a colaboração daqueles que ocupam o cargo de gestores/administradores pode ser fundamental para a compreensão mais geral dos sentidos inerentes aos dados. Podem ser concedidas autorizações formais, informais ou, como também é frequente, não autorizações. Podem ser concessões espontâneas e

⁵ Filgueiras, que construiu suas questões na interface da literatura do planejamento em saúde com as ciências sociais, visava a identificação de fatores associados às limitações e possibilidades de “sucesso prático” desta estratégia, como dispositivo de cuidado na prevenção do HIV.

⁶ Há literatura específica e volumosa que tematiza sobre medicalização. Neste texto não nos debruçaremos sobre esta temática.

desinteressadas ou que exijam alguma contrapartida... de trabalho, de devolutiva dos resultados, e/ou até, pasmem, de coautoria na produção de artigos científicos. Trata-se, portanto, de um momento que, se possível, deve ser cuidadosamente pensado e elaborado. Claro que esta entrada em campo pode e muitas vezes se dá por intermédio de atores que ocupam posições medianas ou subalternas na hierarquia dos espaços de atenção, o que, muitas vezes, será uma escolha mais estratégica para algumas pesquisas. No entanto, com a regulamentação cada vez mais acirrada dos comitês de ética em pesquisa, que exigem autorização por escrito das instituições para a realização de pesquisas sociais, as vias de acesso, com certa frequência, costumam ser as portas de entrada mais formais/oficiais dos espaços de saúde (FLEISCHER, SCHUCH, 2010; VIEIRA, 2010). Importante observar e problematizar, portanto, que os dados produzidos em campo estarão sempre em diálogo com a entrada do pesquisador e as relações que este estabelece com o espaço e seus interlocutores. Por exemplo, uma situação de entrevista em que o pesquisador seja percebido pelo paciente/entrevistado como *amigo* daquele médico do qual ele gosta ou desgosta produzirá certamente um conjunto de sentidos que não deveria ser ignorado em relação ao objeto que estará em análise pelo pesquisador. Da mesma forma, um pesquisador que seja também nativo encontrará alguns desafios para estar no campo.

Edith Lago, em sua pesquisa sobre a sorodiscordância entre profissionais de saúde, era, ela mesma, *um deles*, e achou por bem realizar sua investigação num cenário familiar. Apesar de acolhida pela maioria dos profissionais de saúde que abordou em sua investigação, também encontrou alguma resistência por parte de alguns, e logo se deparou com uma grande demora na autorização por parte da instituição para realizar sua investigação. Ficou receosa com a redação da dissertação e apreensiva com a devolutiva que seria possível fazer para aquele serviço de saúde.

Já a pesquisa de Marilza Rodrigues foi realizada em uma unidade básica de saúde localizada no Município do Rio de Janeiro. Após ser sensibilizada pelo corpo docente da universidade, demoveu-se da ideia de realizar trabalho de campo num serviço familiar e buscou outra unidade de saúde que não a sua para desenvolver a pesquisa.⁷ Seu projeto, apesar de aprovado pelo CEP da universidade, precisou ser submetido ao CEP da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), cujas exigências de modificação extrapolaram em muito as considerações éticas, e, conseqüentemente, sofreu atraso considerável para entrada em campo. Esta questão, debatida anteriormente por Vieira (2010), apresenta-se como um desafio constante nas pesquisas realizadas em instituições hospitalares ou afins. Após a autorização

⁷ Estudos de avaliação constituem uma área importante no campo da Saúde Coletiva, mas não devem ser confundidos com estudos de análise sobre os serviços de saúde que são feitos na perspectiva das ciências sociais.

da SMS, Marilza acessou os pacientes através da documentação do hospital, encontrando inúmeras dificuldades, em razão das imprecisões neste tipo de documento – informações faltantes e arquivamento institucional precário. Assim como Edith, ficou receosa com a redação da dissertação e apreensiva com a devolutiva que seria possível fazer para o serviço. Posteriormente, apresentou os dados de sua pesquisa num seminário envolvendo gestores estaduais.

Sandra Filgueiras, que era profissional da Secretaria de Estado de Saúde, realizou sua pesquisa num município do Estado do Rio de Janeiro. De certa forma facilitada pelas redes profissionais, contactou a gestão municipal para explicar seu interesse em realizar pesquisa com pessoas que procuravam as unidades de saúde para evitar a infecção pelo HIV/Aids em caso de “acidente sexual”. Sandra realizava observação no serviço, incluindo a “sala de espera” da enfermaria onde estas pessoas eram atendidas, mas enquanto *esteve lá* não apareceu alguém que pudesse entrevistar, além dos médicos. Seu contato com as pessoas que passaram por esta experiência (os pacientes) foi mediado por uma médica do ambulatório. A partir destas informações, ligou para os possíveis entrevistados, que foram assim sugeridos/identificados. Sandra entrevistou 5 “usuários” e 5 profissionais de saúde (todos médicos). Relata em sua dissertação a preocupação de um dos entrevistados com a participação na pesquisa (“*Mas isto é sigiloso? Porque eu sou casado, tenho filhos*”). Numa ocasião, foi convidada pela gestão municipal a apresentar a sua pesquisa, podendo assim estimular o debate sobre a organização do serviço que estudou com gestores que dele participavam.

Rafael Agostini foi estudante de ciências sociais, é militante da juventude de um partido de esquerda e ativista de grupo de jovens do movimento de luta contra o HIV. Para a sua pesquisa, contou com a ajuda de uma organização não governamental, no Estado do Rio, para contatar jovens que se dispusessem a participar da pesquisa. Através da rede de relações de apenas um jovem, realizou todas as entrevistas para a sua pesquisa. Sua intenção era pesquisar primeiro jovens acometidos por HIV por transmissão vertical e depois jovens infectados por via sexual. O tempo demonstrou-se insuficiente para acessar e abordar tantas pessoas e a pesquisa concentrou-se nos jovens que já nasceram com a condição soropositiva. Além da redação de artigos para a área, o pesquisador utilizou-se de dados de sua dissertação para apresentações para o movimento do qual participa.

Como vimos, a redação das dissertações foi bastante marcada pela lembrança dos momentos de tensão e expectativa para entrar – e *permanecer* – em campo. O ritual de solicitação de autorizações, a espera do retorno institucional, a submissão a mais de um comitê de ética em pesquisa e a *adequação entre os ajustes solicitados e o que é possível ceder*, em termos de estratégias teórico-metodológicas de pesquisa, foram pontos comuns nessas

dissertações e são aspectos também apontados por outros que pesquisam em serviços de saúde (FLEISCHER; FERREIRA, 2014). A redação da dissertação compreendeu ainda, em todos os casos, uma negociação – entre pesquisadores e orientadores – entre o que era análise e o que se constituía em indignação e/ou pontos que consideraram nevrálgicos para melhorar a atenção à saúde naquelas circunstâncias. O exercício da pesquisa consistiu num treino de tentar pesquisar reduzindo a intervenção, entrevistar sem induzir ou julgar, e escrever descrevendo e analisando, tentando minimizar o ímpeto normativo de moralizar a conduta dos entrevistados na análise de suas ações ou discursos. Exercitamos, por exemplo, a desconstrução de termos e de palavras de ordem como “deve”, facilmente encontrada na redação das dissertações do campo da Saúde Coletiva. Assim sendo, sugestões e recomendações foram feitas e disponibilizadas na parte final dos textos, após a apresentação e análise dos dados propriamente ditas.⁸ Muitas vezes, foram estas sínteses o material apresentado nas chamadas “devolutivas”. Parte desses “conselhos” foram facultados a interessados em momentos posteriores considerados como adequados pelos pesquisadores, e em formatos diferentes, que iam desde rodas de conversas com pacientes e profissionais de saúde, *folders*, apresentação das dissertações em eventos de secretarias de saúde, palestras, além das apresentações acadêmicas que visavam outras demandas e outras performances.

Notas sobre a atenção em HIV/Aids em espaços de saúde

Usualmente [muitas instituições totais] se apresentam ao público como organizações racionais, conscientemente planejadas como máquinas eficientes para atingir determinadas finalidades oficialmente confessadas e aprovadas. [...] Esta contradição, entre o que a instituição realmente faz e aquilo que oficialmente deve dizer que faz, constitui o contexto básico da atividade diária da equipe dirigente (GOFFMAN, 2005, p. 69-70).

Como é possível depreender dos resumos das pesquisas que aqui estão sendo debatidas, todos os trabalhos tematizaram o HIV/Aids e as relações dos sujeitos, direta ou indiretamente, com os espaços médicos. Três das quatro pesquisas foram realizadas em ambientes de saúde oficiais (serviços de saúde). Uma das investigações foi realizada com jovens acessados pelo pesquisador através de outro espaço institucionalizado de produção de saúde: uma ONG que realiza trabalho de parceria com uma unidade de saúde.

⁸ Sobre as tensões e dilemas entre o exercício de militâncias e práticas acadêmicas, consultar Tornquist (2007). Para a antropóloga, o olhar acadêmico mais distanciado de sua prática militante relacionada à sua pesquisa com parto humanizado a permitiu relativizar certas urgências do movimento.

Como dito antes, todos os quatro pesquisadores tiveram acesso aos seus sujeitos de pesquisa a partir da mediação realizada pelas instituições.

Com a leitura de pesquisas sobre assistência em HIV/Aids podemos perceber o reconhecimento de uma política de enfrentamento da epidemia que tem ampliado o acesso de pacientes a diversos tipos de serviços, desde o básico, como o atendimento médico, exames, medicamentos específicos, até os recursos de alta complexidade. Por outro lado, uma política de desinvestimento tem revelado um cenário caótico vivenciado pelos pacientes entrevistados: demora dos resultados de exames de rotina, falta de leitos para internação e remédios para doenças oportunistas.

Partindo desse pressuposto, o exercício proposto aqui consiste em pensar algumas questões relativas a como uma doença como o HIV pode organizar e desorganizar discursos que se constroem nos encontros/relações de instituições de saúde. Essa seria a questão norteadora para olharmos alguns dados que pincei desse conjunto estimulante de dissertações.

Gostaria de dar destaque a um aspecto da atenção que estes pesquisadores descrevem nesses diferentes espaços. Algumas pesquisas referem-se a uma atenção que é (ou deveria ser) dispensada por meio de consultas e/ou encontros regulares de médicos e outros profissionais com pacientes, como podemos ver nos trabalhos de Marilza, Rafael e, em parte, Edith. Nesse sentido, o trabalho de Bonet (2014) é exemplar, ao mostrar diferentes possibilidades de interações simbólicas que podem ocorrer em consultas, que variam em distintos aspectos. O autor descreve, com seu trabalho de campo, diversos encontros entre médicos e pacientes – mais ou menos empáticos, mais ou menos distantes, momentos de reunião de dois sujeitos com histórias e trajetórias de vida (até então) singulares, momentos estes que podem incluir até mesmo o que ele denomina “questões transferenciais, psicanaliticamente falando”.

No que se refere às pesquisas de Sandra e Edith, apresentam-nos um modo de encontro do profissional com um “usuário” diferente do habitual para um ambiente hospitalar: reúnem um médico com um conjunto de pessoas que, a seus olhos, não estão doentes e, *em alguns casos*, segundo eles, não mereceriam legitimamente nem a atenção ofertada nem outros recursos como medicamentos, disponíveis para *pacientes*. A atenção que deveriam dispensar é vista como uma atenção *menor* diante daquela de um *doente*. E tal atenção parece ser vista como um não trabalho, uma “não atenção”. Como podemos ver abaixo, em dois relatos extraídos da pesquisa de Sandra Filgueiras, com médicos, a ideia de um profissional de saúde que atende um sadio parece contraditória quando há alguém “doente de fato” precisando de cuidado.

*Eu tenho que atender os pacientes internados, estejam eles graves ou não [...] Durante um plantão com vários pacientes internados e eu ter tantas e tantas atribuições **eu parar pra fazer atendimento sexual?***

*No meio dessa história toda quando chegam os acidentes perfuro cortantes, acidente sexual e violência sexual **eu tenho que interromper tudo** que eu estou fazendo para atender.*

A ocupação do espaço de cuidado a enfermos por alguém que pareça ter buscado prazer (sexual) parece inaceitável do ponto de vista moral de alguns profissionais de saúde. A clássica oposição *vítimas X culpados*, trabalhada por Jane Galvão (1992) e Carmem Dora Guimarães (2001), no início da epidemia de Aids, ainda nos oferece chave analítica preciosa para pensar sobre o “o vírus adquirido e o vírus procurado (KNAUTH, 1997). O relato abaixo é de um médico e também foi retirado da pesquisa de Sandra Filgueiras, e evidencia de forma clara esta questão. O segundo excerto visa corroborar essa análise e refere-se a um trecho da dissertação de Edith Lago: um relato de um profissional de saúde que nos dá pistas da repreensão médica acerca da relação de uma pessoa soronegativa com outra soropositiva.

A rede (é que) tem dificuldade de receber estas pessoas (que buscam a PEP). Ah é um parto, chegar na emergência e contar essa história, a galera não gosta. Ah, é essa coisa meio moralizante: ‘você transou sem, agora você quer o remédio...’. É assim descarado mesmo, ‘transou sem e agora vem a noite aqui, querendo o remédio’. Essa coisa do HIV, esse estigma. Você vê que os tratamentos com acidente biológico são bem diferentes. [...] Acho que a PEP devia estar na rede toda e não só nos serviços de DST. [...] as pessoas que vem fazer são destratadas. Então, se tiver que acontecer outra vez, o cara vai pensar duas vezes antes de vir.

Eu acho isso [os relacionamentos entre pessoas com sorologias diferentes para o HIV/AIDS] bastante complicado. A princípio, é uma relação bastante atritada. Porque o indivíduo, ao mesmo tempo em que ele tem que se cuidar, ele tem que se proteger para não estar soropositivo; ele passa naquela relação a estar sempre vinculado a um medo constante: e se a camisinha romper? E se... houver alguma coisa?

O direito de se prevenir da infecção pelo HIV e outras ISTs nos espaços de saúde com o auxílio medicamentoso – conferido por um conjunto de leis que hoje garantem o acesso de *qualquer pessoa* a essa medicação – não significa, necessariamente, direito na ordem prática e cotidiana dos serviços

de saúde.⁹ Vejamos dois relatos médicos retirados do trabalho de Sandra Figueiras e que nos mostram a categoria *vítimas X culpados* em plena ação.

Eu acho que esta profilaxia tem o lado bom porque efetivamente pode-se prevenir a infecção nestas ocasiões, mas por outro lado pode criar esta cultura de que ‘qualquer coisa eu vou lá no hospital pego o remédio e uso, aí eu não vou pegar’ e acaba que se cria uma situação de maior exposição consciente do indivíduo. Por exemplo, garotas de programa nos procuram aqui, algumas relatam que recebem quase que o triplo do valor do programa de parceiros que não querem usar camisinha. Elas aceitam o programa e depois vêm aqui pegar o remédio pra HIV. Depois de todos estes bloqueios, o cara vai sentar aqui nesta cadeira e vai falar ‘a gente estava transando sem camisinha’. Eu acho que o pessoal se defende também. Ele chega e já sente o naipes da galera, aí ele ajusta o discurso dele para levar um esporro menor. O objetivo dele é conseguir o remédio, se tiver que rezar um Pai Nosso, ele vai rezar, pede perdão, pega o remédio e vai embora.

Observamos, a partir dos dados acima, o caráter de assistência, controle e disciplinarização que adquirem essas instituições e os atores que as comandam ou que nela exercem algum papel de sustentação. Recorremos ao que propõe Didier Fassin (2012, p. 381)

[...] em primeira análise, **a saúde pública** parece inscrever-se perfeitamente neste quadro, já que, por um lado, ela pretende impor **normas individuais de condutas saudáveis** e, por outro, ela **organiza o conhecimento epidemiológico e a administração sanitária** das coletividades humanas.

Os profissionais de saúde, muitas vezes, aparecem como porta-vozes dessas normas e condutas.

Para Fassin, quando os atores se mobilizam e agem, o biopoder se apresenta de modo mais frágil em diversas instituições. Por isso, o autor sugere que, ao invés de biopoder, falemos em poder da vida: “o reconhecimento de que a sociedade concede à questão do corpo sofredor ou doente. Temos, portanto, menos a ver com um biopoder do que com a biogitimidade”. Para ele, “as vidas concretas escapam, em parte, à normatização”. (FASSIN, 2012, p. 385). Vejamos mais uma vez o que pensa

⁹ Esse atendimento já era ofertado para profissionais de saúde (“acidente ocupacional”) e vítimas de violência sexual na rede de saúde antes de 2010, quando então, após um cenário de tensões e negociações, se torna disponível também para os casos de “acidente sexual”.

uma dessas vidas concretas que andam pelos serviços de saúde e reivindicam seus direitos, ou melhor, como elas tentam escapar das normatizações.

Não sei se foi só o meu caso de ter sido atendido daquela maneira. Só deviam ter cuidado nessa recepção da pessoa porque a pessoa vem procurando ajuda e é praticamente destrutada. A pessoa já chega mal e sai se sentindo pior ainda? Se sentindo como um lixo, como um errado. Errado, pô! Foi errado realmente, eu tive meus erros, mas assim eu não esperava que isso acontecesse. Eles estavam realmente julgando 'esse povo não sei o que, não se cuida não sei o que lá'. Isso é coisa que se fale com paciente do outro lado, sabe? Esse médico mais velho estava falando coisas assim e isso é que me deixou indignado.

Cabe também acentuar que os trabalhos acima ora falam de prevenção, ora falam de atenção/assistência, ora falam da prevenção e assistência de forma integrada, permitindo mostrar o quanto o domínio da atenção se apresenta, cada vez mais, medicalizado. Mas – parafraseando Diniz e Buglione (2002) – podemos perguntar quem pode ter acesso a essa atenção medicalizada? O trabalho de Filgueiras mostra que a decisão de prevenir ou controlar medicamente uma possível infecção está associada à identidade, prestígio e posições sociais, questionando, na prática, a aproximação das esferas de prevenção e assistência. Trata-se de olhar para um conjunto de poderes exercidos dentro dos espaços institucionais: ter acesso à informação, exigir ou negociar direitos, conferir autoridade. Hospitais se apresentam como lugares para os doentes e não para os sadios.¹⁰

Obviamente, há um problema com esse tipo de leitura em diagonal que realizei das dissertações aqui referidas: o deslocamento dos dados não dá conta de trazer para este texto, esmiuçadamente, seus contextos sociais. No entanto, um aspecto importante para pensar diz respeito ao pertencimento social de todos que compõem o universo dos usuários entrevistados por esses pesquisadores. Com algumas exceções, os participantes de todas as pesquisas citadas situam-se entre as classes populares ou trabalhadoras e ocupam posições consideradas subalternas na hierarquia social. Como chamam atenção Bonet (2014), Loyola (2008) e Boltanski (2004), os pacientes mais bem situados na hierarquia social são aqueles que conseguem questionar, interpelar ou conversar de forma mais horizontal com seus médicos. Os sujeitos que vimos aqui são retratados nas posições de pacientes com pouca possibilidade de interlocução com os profissionais que os atende.

¹⁰ Embora seu objetivo seja a produção da vida, como Octavio Bonet aborda no primeiro capítulo desta coletânea.

A autoridade médica também pode ser percebida na pesquisa de Marilza Rodrigues, que trago agora para pensar sobre aspectos pontuais relativos à permanência e à “fuga” do serviço de saúde. Manuais oficiais dizem que, de cada consulta, espera-se que o paciente possa expor questões/dúvidas de seu tratamento de saúde, e do médico espera-se que esteja preparado para ouvir o paciente, no sentido mais amplo, de modo a atender suas necessidades de saúde. A pesquisa de Marilza Rodrigues, que considerou a voz de pessoas que descontinuaram seus tratamentos médicos, nos revelou que estas expectativas nem sempre se realizam: medo, vergonha e culpa foram relatados pela maioria dos pacientes quando dos encontros propiciados pelo hospital.

Escutar a bronca da doutora é duro; um homem do meu tamanho esculachado. Sai arrasado. Você tem problema pra todo lado, em casa, com a família, aí você não volta [...] abandona. (Raul, 38 anos, afastou-se do tratamento por um ano).

A decisão de abandonar o tratamento parece ter sido difícil para os entrevistados que não dialogaram essa “escolha” com familiares, amigos e conhecidos, tampouco com o médico. No entanto, ao contrário do que as orientações médicas poderiam supor, Marilza Rodrigues notou benefícios considerados por aqueles que decidiram suspender seu tratamento. Esta lógica conferida pelos sujeitos às suas doenças já havia sido percebida no trabalho de Gonçalves (1999) sobre adesão ao tratamento da tuberculose em Pelotas (RS): o “papel” desempenhado, na maior parte da vida dos indivíduos que abandonaram o tratamento para tuberculose, não é o de “doente”. De certa forma, aqui, sim, como nos sugere Fassin (2012), tais trabalhos nos falam de estratégias para escapar à normatização conferida pelas instituições médicas e seus aparatos. O relato abaixo é de um homem soropositivo, de 31 anos, que “abandonou o tratamento” por diversas vezes ao longo de oito anos de acompanhamento médico.

Essa sumida me faz um pouco esquecer. Vir fazer exame, lembra que sou soropositivo, lembra que vou ficar doente. O abandono pode não fazer bem fisiologicamente, mas psicologicamente, faz.

A decisão de voltar para o hospital e retomar o tratamento, observada por Marilza em sete dos oito pacientes com quem conversou, passa, dramaticamente, pelo processo de agravamento do seu quadro de saúde. O reencontro dos pacientes que haviam abandonado o tratamento com a infectologista era carregado de tensão. Todos achavam que “levariam

uma bronca” da médica. Abaixo, o relato da médica, assim como os relatos médicos que lemos na dissertação de Sandra Filgueiras, parece confirmar a preocupação dos entrevistados. Trata-se de mais uma exibição de autoridade exercida por estes atores-médicos sobre os atores-pacientes nos espaços de atenção.

Quem morre de medo de mim é porque tá devendo, todos eles ficam com o rabinho entre as pernas, porque os que abandonaram o tratamento são aqueles que mais levaram broncas. Eles têm tratamento e não querem. Tem hora que sou muito dura, tem hora que eu esculacho.

Os dados de Sandra, Marilza e Edith nos fazem pensar na falta de organização dos serviços para tudo o que fugiria da clássica assistência médica, dita legítima: pacientes soropositivos cadastrados no sistema para receber regularmente medicação ARV. Fontenelle (2007) mostrou que, no caso da assistência para pessoas soropositivas, muitas vezes o espaço das consultas acaba sendo focado apenas no aspecto da medicalização, sendo portanto preterido em face da valorização das receitas médicas, necessárias para o paciente que precisa buscar os medicamentos antirretrovirais na farmácia do serviço de saúde. Assim, tanto Sandra quanto Marilza investigam o cuidado ofertado a *quem não tem corpos dóceis*: ou seja, os que buscam a medicação profilática porque transaram sem camisinha, seja deliberadamente, seja por rompimento do preservativo, ou aqueles que se recusam a frequentar o sistema ou aqueles que dispensam esta medicação. Os dois aspectos encontrados nesses modos de atenção revelam fragilidades do sistema para organizar esses novos fluxos. Novamente voltemos à nossa argumentação. O enfermo que abandona o tratamento de uma doença contagiosa e o sadio que busca o atendimento médico destinado aos doentes são desviantes da lógica médica institucionalizada. Novamente instigados pela reflexão de Didier Fassin (2012, 2016), poderíamos questionar como se dará a institucionalização desses *outros* posicionamentos, seja optar pelo não tratamento, seja adotar um tratamento de prevenção medicamentosa. Ou, em outras palavras, como “cuidar” daqueles que escapam à normatização?

Nas pesquisas de Marilza e Sandra não havia sequer informações sistematizadas nos espaços de atenção sobre esses sujeitos, para além do quantitativo de pessoas que por ali passaram. No caso da pesquisa de Sandra, o serviço não dispunha de registros sistematizados com informações relativas ao perfil de “usuários de PrEP sexual” (quem eram aquelas pessoas, afinal?). No caso da pesquisa de Marilza, vimos que os pacientes que não comparecem a nenhuma consulta com infectologista por um período de seis meses são considerados “em abandono do tratamento” pelo hospital e seus prontuários são retirados do arquivo. São transferidos para uma caixa guardada pela administração do serviço em espaço desativado, destinado à guarda de

materiais com defeito e objetos fora de uso (parecem se referir a pessoas que representariam também menos valor e que estariam fora de circulação...). No momento inicial da pesquisa, as chaves deste lugar estiveram desaparecidas por uma semana, mostrando-se um lugar de difícil acesso. De posse do livro de matrícula dos pacientes naquele serviço de saúde, Marilza identificou vários pacientes que se afastaram da unidade de tratamento por tempo superior a seis meses. Ao lado de seus nomes constava a palavra “abandono” e o período de afastamento do serviço. Nem todas as lacunas estavam preenchidas: faltavam dados como endereço e/ou nome de genitora, bairro e data de nascimento.¹¹

Olhando perspectivamente os trabalhos de Rodrigues, Filgueiras e Lago, temos, aos olhos de alguns atores dos serviços, adultos indisciplinados. Já o trabalho de Agostini nos confere pistas para pensar no controle exercido pelos profissionais de saúde na assistência a jovens soropositivos. Agostini mostra que os jovens passam por diferentes momentos, alternando períodos considerados como “rebeldes” com outros nos quais enxergam os medicamentos como essenciais para a continuidade de sua vida e afazeres. A autoridade médica também pode ser percebida aqui, embora se apresente simbolicamente de forma muito mais sutil. É interessante notar como os profissionais exibem comentários elogiosos àqueles que não deixam de tomar suas medicações. Uma jovem é considerada um exemplo pelos médicos por “sempre ter estado indetectável” enquanto outro é considerado por sua médica como “aderente”, ou seja, disciplinado, cumpre os horários e dosagens estabelecidos pelo médico para controle da doença. Um terceiro jovem disse à médica que ela não entendia o que ele sentia ao ingerir os remédios e esta tomou o remédio junto com ele por alguns dias. De forma geral, os jovens soropositivos de Agostini tomam para si a responsabilidade quanto à ingestão dos medicamentos. Como diz uma delas: “se eu deixar de tomar, é burrice minha”. (AGOSTINI; MAKSUD; FRANCO, 2016, p. 234).

Os jovens que fizeram dos espaços biomédicos de atenção também espaços de convívio e sociabilidade percebem seus corpos e sua doença a partir de um saber difuso que leva em consideração inclusive uma apropriação parcial dos saberes biomédicos. Tal aprendizado “técnico” sobre a doença pode gerar ganhos políticos para esses jovens, quando passam a frequentar cenários ativistas. Nesse sentido, os jovens da pesquisa de Agostini, que frequentam desde cedo o hospital, têm seu discurso muitas vezes por ele conformado e sugerido. Esse conhecimento sobre o seu próprio corpo contrasta com as dúvidas e poucas informações que têm os sujeitos que

¹¹ Ainda no que se refere à “devolutiva” da pesquisa, esta atividade da pesquisa contribuiu para a organização do registro de pacientes daquele serviço (até aquele momento em que a pesquisadora se encontrava em cena).

abordamos antes, que se “expuseram a risco” e buscam o hospital para prevenir a infecção do HIV. Contrasta ainda com aqueles sujeitos que, mesmo doentes, “abandonam o tratamento”. O fato de conviver com uma doença de longa duração desde o nascimento parece, portanto, organizar um certo e específico tipo de discurso.

Como enfatizou Maluf (2010, p. 30-31), as políticas públicas não são apenas as normativas e documentos oficiais, “mas também tudo aquilo que os profissionais e agentes de saúde [...] fazem no cotidiano de seu trabalho, sobretudo no que diz respeito à relação com os pacientes e ‘usuários’ desses serviços”. As pesquisas de Lago, Rodrigues e Filgueiras mostram a insuficiência de continuidade de aperfeiçoamento profissional necessários ao atendimento do que eles nomeiam como “novas demandas”. Profissionais de saúde, por vezes, também são vistos como aliados frágeis perante a estrutura do serviço, como pode ser observado nos relatos abaixo, extraídos das pesquisas de Rodrigues, Lago e Filgueiras, nesta ordem.

O sistema não dá suporte à doutora. (Paciente de 32 anos que abandonou o tratamento por duas vezes e, no dia da entrevista para a pesquisa, agendou consulta de retorno ao serviço de saúde).

*Eu acho que atualmente **o suporte que a gente tem é o suporte que a gente mesmo se dá dentro da equipe, né? Porque gosta de trabalhar com esse tipo de paciente, né... Porque pode até ser pra alguns, porque não tenham alternativa, né? Mas o suporte é o que a gente busca, é pobre e pouco, quase nenhum.** (Profissional de saúde de ambulatório de Aids).*

*[...] **a gente foi aprendendo sozinho, mas não houve treinamento nunca.** A enfermagem de Sida do hospital nunca foi treinada, nem para acidente ocupacional, nem para exposição sexual. [...] **Era o comprometimento dos médicos lá de dentro de aprender pra poder fazer, já que havia a responsabilidade de fazer. Porque foi colocado ‘você que não fazer’***

O conjunto dessas pesquisas nos mostra dilemas médicos, falta de apoio institucional, e muitos aspectos que se colocam como desafios para a gestão.

Considerações finais

Ao finalizar esse texto, percebi que tentei lidar fundamentalmente com dois problemas. Um primeiro que diz respeito à pesquisa sócio-

antropológica sobre saúde produzida nos marcos da Saúde Coletiva, e um segundo sobre a atenção nos espaços de saúde para prevenção e tratamento do HIV/Aids. Em relação ao primeiro deles, cumpre falar que, inicialmente, todos os pesquisadores citados ao longo desse texto estavam “interessados” em seus temas do ponto de vista da intervenção, do sanitarismo ou da militância. Para esse grupo de pesquisadores, o que os motivava inicialmente era fazer pesquisa que pudesse contribuir com a formulação de políticas públicas de saúde (e eu, ainda que cientista social e não profissional de saúde, compartilho dessa opinião). Tornar-se pesquisador para esses alunos que (com a exceção de Rafael) já atuavam como profissionais de saúde foi um aprendizado, processual. O trabalho deles, naquele momento, era compreender e não intervir sobre os corpos. Neste sentido, a construção do objeto de pesquisa passou não só pela fundamentação teórica, mas pelas dúvidas e inquietações que eles traziam de sua “prática”. E aqui mais uma vez poderíamos convidar à leitura de Fassin, médico e antropólogo que teve o HIV como um de seus objetos para ambos os seus exercícios profissionais. Como refere Diniz (2016, p. 15),

[...] como médico sanitarista, Fassin sustentava posições claras sobre a epidemia do HIV/AIDS e sobre a importância do tratamento, mas, como antropólogo, sua postura foi de escuta de narrativas conflitantes sobre os sentidos da doença e seu enfrentamento na África do Sul nos anos 1990.

Considero que esse tem sido um exercício constante e desafiador dos colegas que atuam como formadores nas CSH da Saúde Coletiva.

Se aceitarmos o convite do evento que originou este encontro acadêmico e também a proposta de Didier Fassin (2012), que “o estudo das políticas da vida abre espaços propícios para o diálogo não apenas entre os antropólogos mas também com homens e mulheres cujas histórias eles contam”, caberia pensar que Edith, Sandra, Marilza e também Rafael e muitos outros pesquisadores tentam, do lado da Saúde Coletiva, pensar em suas pesquisas tanto aspectos relativos às crenças quanto os processos de atenção e gestão.

Um parêntesis: As profissionais de saúde/pesquisadoras mencionadas, penso eu, não desejam tornar-se antropólogas – e creio que esta não deva ser a nossa principal questão aqui. No entanto, a leitura sociológica e antropológica embasa, instiga e alimenta um conjunto significativo de pesquisas na Saúde Coletiva que, como desejo acentuar, é bastante heterogêneo. O trabalho de Nascimento (2014), por exemplo, considerou 13 tipologias de formação de cientistas sociais que pesquisam na área da saúde, discutindo tanto a tipologia dos profissionais e suas respectivas graduações e pós-graduações, a partir das ciências sociais como graduação, como a tipologia

dos profissionais e suas respectivas graduações e pós-graduações, a partir da graduação em áreas diferentes das ciências sociais. Portanto, sem pretensão de generalizar, muitos pesquisadores da Saúde Coletiva (e neste momento falo/escrevo sem nenhum distanciamento) desejam articular ideias, conceitos, realizar trabalho de campo e analisar seus dados. Os principais clássicos das Ciências Sociais eram, por uma questão de contexto histórico de conformação da disciplina, interdisciplinares. Norbert Elias, reconhecido como um dos clássicos dos estudos de sociologia e antropologia, estudou medicina e filosofia antes de se dedicar, anos mais tarde, por escolha, à sociologia. Penso ser relevante para esse debate considerar as provocações deste autor contidas no capítulo “Sobre o que aprendi” (ELIAS, 2001). Narrando uma discussão sobre os desafios da sociologia ocorrida num congresso inglês, após contextualizar que os sociólogos alemães de primeira geração vieram de outras áreas que não a sociologia, afirmou: “era característico de uma ética ‘profissional’ mal compreendida postular que era preciso ter estudado sociologia e nada além da sociologia para se tornar um bom sociólogo. Tinha às vezes a impressão de que a imaginação sociológica se beneficiava enormemente de seus representantes terem estudado outra coisa que não a sociologia institucional” (ELIAS, 2001:91-92). Elias via com bons olhos a formação eclética, “fecunda para o trabalho sociológico”. Para o autor, vários “sociólogos de primeira geração”, como Max Weber, que era jurista por formação, eram sociólogos *por escolha*. Chama-me atenção que essa discussão, relatada há tantos anos, ainda nos seja tão cara e ainda provoque-nos tantas tensões “entredisciplinares”. Alegro-me em ter participado da 1ª RAS (Reunião de Antropologia da Saúde), evento ímpar que reúne atores e autores indisciplinados, que transitam entre vários caminhos.

Referências

- ANDRADE, A. P. M.; MALUF, S. Cotidianos e trajetórias de sujeitos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. In: FERREIRA, J.; FLEISCHER, S. **Etnografias em serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Faperj; Garamond, 2014. p.33-55.
- ADAM, P.; HERLIZCH, C. **Sociologia da doença e da medicina**. Bauru, SP: Edusc, 2001.
- AGOSTINI, R. **Paciente crônico – ser ou não ser, eis a questão**: Uma etnografia com jovens com sorologia positiva para o VIH. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2016.
- AGOSTINI, R.; MAKSDUD, I.; FRANCO, T. “Tem que engolir, são só cinco comprimidos”: juventude, VIH/Sida e medicamentos. In: RIOS, L. F.; VIEIRA, L. L. F.; QUEIROZ, T. N. (orgs.). **HIV e Aids: desafios rumo a 2030**. Recife: Ed. da UFPE, 2016. p. 221-245.

AGOSTINI, R.; MAKSDUD, I.; FRANCO, T. “Essa doença para mim é a mesma coisa que nada”: reflexões socioantropológicas sobre o descobrir-se soropositivo. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 496-509, June 2017.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

BONET, O. **Os médicos da pessoa**. Um olhar antropológico sobre a medicina de família no Brasil e na Argentina. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV**. Suplemento III - Tratamento e Prevenção. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

CAPRARA, A.; LANDIM, L. P. Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. **Interface**, Botucatu, v. 12, n. 25, p. 363-376, 2008.

CARDOSO, R. C. L. Aventuras de antropólogos em campo ou como escapar das armadilhas do método. In: CARDOSO, R. **A aventura antropológica**. Teoria e Pesquisa. São Paulo/Rio de Janeiro: Paz e Terra Antropologia, 1977.

DESLANDES, S. F.; IRIART, J. Usos teórico-metodológicos das pesquisas na área de Ciências Sociais e Humanas em Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 12, dec. 2012. Disponível em: </www.scielosp.org>

DINIZ, Debora. Ética na pesquisa em ciências humanas: novos desafios. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 13, n. 2, p. 417-426, Apr. 2008 . Available from <http://www.scielo.br/

DINIZ, D. Etnografia e políticas da vida – introdução. In: FASSIN, D. **Didier Fassin: entrevistado por Debora Diniz**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2016. p. 7-30.

DINIZ, D.; BUGLIONE, S. (org). **Quem pode ter acesso às tecnologias reprodutivas?** Diferentes perspectivas do direito brasileiro. Brasília: Letras Livres, 2002.

ELIAS, N. **Norbert Elias por ele mesmo**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

FASSIN, D. O Sentido da saúde: antropologia das políticas da vida. In: SAILLANT, F.; GENEST, S. (org). **Antropologia médica: ancoragens locais, desafios globais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 375-390.

FASSIN, D. **Didier Fassin: entrevistado por Debora Diniz**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2016

FILGUEIRAS, S. **HIV/AIDS e profilaxia pós-exposição sexual: estudo de caso de uma estratégia de saúde**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense, 2015.

FLEISCHER, S.; SCHUCH, P. (orgs). **Ética e regulamentação na pesquisa antropológica**. Brasília: Letras Livres; UnB, 2010.

FLEISHER, S.; FERREIRA, J. **Etnografias em serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

GUIMARÃES, C. D. **Aids no Feminino**. Porque a cada dia mais mulheres contraem AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. da UFRJ, 2001.

FRANCH, M.; PERRUSI, A. Carne com carne. Gestão do risco e HIV/AIDS em casais sorodiscordantes no Estado da Paraíba. **Política & Trabalho**, Revista de Ciências Sociais, n. 37, p. 179-200, out. 2012.

FRANCH, M.; PERRUSI, A. **Casais (im) possíveis**: Um estudo sócio antropológico sobre sorodiscordância para o HIV/aids. Paraíba: Ed. da UFPB, 2014.

GALVÃO, J. **AIDS e imprensa**: um estudo de antropologia social. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1992.

GEERTZ, C. **Estar lá**: a antropologia e o cenário da escrita. In: Obras e vidas O antropólogo como autor. Rio de Janeiro: Ed. da UFRJ, 2002. p. 11-40.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2005.

GOMES, M. H. A; SILVEIRA, C. Sobre o uso de métodos qualitativos em Saúde Coletiva, ou a falta que faz uma teoria. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, feb. 2012. Disponível em: <www.scielo.br>

GONÇALVES, H. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente, FIOCRUZ. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 777-787, oct. /dez. 1999.

KAUFFMAN, J. C. **A Entrevista Compreensiva** - Um guia para pesquisa de campo. Rio de Janeiro: Vozes, 2015.

KNAUTH, D. R. O vírus procurado e o vírus adquirido: a construção da identidade entre mulheres portadoras do vírus da AIDS. **Revista de Estudos Feministas**, v. 2, n. 1, p. 291-303, 1997.

LAGO, E. L. M.; MAKSDUD, I.; GONCALVES, R. S. A "sorodiscordância" para profissionais de saúde: estudo qualitativo da assistência em ambulatório de HIV/AIDS em município do Estado do Rio de Janeiro. **Temas de psicologia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, p. 973-988, dez. 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org>>.

LEITE FILHO, G. A.; MARTINS, G. de A. Relação orientador-orientando e suas influências na elaboração de teses e dissertações. Revista de Administração de Empresas, São Paulo, v. 46, n. spe, p. 99-109, dec. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>

LOYOLA, M. A. R. A Saga das Ciências Sociais na área da Saúde Coletiva: elementos para reflexão. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 251-275, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>

LUZ, M. T. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde & Sociedade** [online], v. 18, n. 2, p. 304-311, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>

MAKSUD, I. Doenças/adoecimentos/sofrimentos de longa duração: diálogos das Ciências Sociais com a Saúde Coletiva. **Política & Trabalho** [online], v. 42, p. 197-209, 2015.

MALUF, S. Gênero, Saúde e Aflição: políticas públicas, ativismo e experiências sociais. In: MALUF, S.; TORNQUIST, C. S. (orgs). Gênero, Saúde e Aflição. **Abordagens Antropológicas**. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010. p. 21-68.

PEIRANO, M. A teoria vivida - Reflexões sobre a orientação em Antropologia. **Ilha**, Revista de Antropologia, Florianópolis, v. 6, n. 1, 2, p. 209-218, jan. 2004.

RODRIGUES, M. E. da C. Escolha, acaso ou descaso? Itinerário terapêutico de pacientes que abandonaram o tratamento para o HIV/AIDS. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2013.

RODRIGUES, M.; MAKSDUD, I. Abandono de tratamento: itinerários terapêuticos de pacientes com HIV/Aids. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 526-538, abr. 2017.

REZENDE, P. de S.; IANNI, A. M. Z.; ALVES, O. S. F. Uma contribuição para a história das Ciências Sociais na Saúde Coletiva – Os Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO e suas produções científicas, 1995 – 2007. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 603-626, 2009.

SILVA, L. M. da F. **Fazendo a diferença**. As dinâmicas da conjugalidade sorodiscordante para o HIV/AIDS. 2012. Tese (Doutorado em) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012

SANTOS, D. F. dos. A assistência às pessoas vivendo com HIV/AIDS: aprendendo a cuidar do vírus ou da pessoa? 2007. Tese (Doutorado em Medicina Social) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

SILVA, M. B. B. et al. **Memória da Comissão de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva**. Relatório Final - Projeto de Pesquisa. 2013.

TORNQUIST, C. S. Vicissitudes da subjetividade: auto-controle, auto-exorcismo e liminaridade na antropologia dos movimentos sociais. In: BONNETTI, A.; FLEISHER, S. **Entre saias justas e jogos de cintura**. Florianópolis; Santa Cruz do Sul: Mulheres; Edunisc, 2007.

VAN der GEEST, S. Uma fascinação cultural pela medicina: a antropologia médica nos Países Baixos. In: SAILLANT, F.; GENEST, S. (orgs). **Antropologia médica: ancoragens locais, desafios globais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 259-284.

VICTORA, C. Uma Ciência Replicante: a ausência de uma discussão sobre o método, a ética e o discurso. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 104-112, 2011.

VIEIRA, F B. Desencontros e descaminhos de uma pesquisa sociológica em um hospital público. In: FLEISCHER, S.; SCHUCH, P. (orgs). **Ética e regulamentação na pesquisa antropológica**. Brasília: Letras Livres; UnB, 2010.

ZALUAR, A. Teoria e Prática do trabalho de campo: alguns problemas. In: CARDOSO, R. **A aventura antropológica**. Teoria e Pesquisa. São Paulo/Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

CAPÍTULO 8

Parcerias, riscos e outras histórias: pensando a sorodiscordância para HIV/Aids no século XXI

Luziana Silva

Introdução

Neste capítulo, discutiremos a dinâmica conjugal sorodiscordante para o HIV/Aids diante das situações de risco. Inicialmente, articularemos empiricamente as relações entre a trajetória conjugal, o risco e a sorodiscordância com base nas análises dos dados da pesquisa doutoral (SILVA, 2012)¹² sobre casais sorodiscordantes heterossexuais, frequentadores dos serviços de saúde especializados em HIV/Aids situados em João Pessoa, na Paraíba. Em seguida, à luz dos relatos sobre a gestão do risco, realizaremos um intercruzamento entre os significados atribuídos à diferença sorológica (e o seu lugar) nas práticas sexuais e a recente proposta de implementação da PrEP (Profílixia pré-exposição) como política de prevenção no Brasil. Discutiremos em que medida ela pode contemplar a vida de casais sorodiscordantes. Como fica o sexo, o prazer e a negociação sexual? Deve-se considerar que a pesquisa foi realizada entre os anos de 2008 e 2010, e que as mudanças no terreno da prevenção, decorrentes da descoberta da baixa transmissibilidade do vírus em situações de carga viral indetectável, não haviam acontecido, ou seja, era um cenário em que a única opção dada aos casais era o uso de preservativos nas relações sexuais.

Vale salientar que muito embora a pesquisa¹³ tenha sido realizada com 22 casais com sorologias diferentes para o HIV/Aids, percebeu-se claramente o recorte de gênero quanto às pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA). São 19 mulheres soropositivas, enquanto temos apenas 3 homens soropositivos compondo às díades. Acreditamos que essa constatação nos

¹² A tese de doutorado *Fazendo a diferença: as dinâmicas da conjugalidade sorodiscordante para o HIV/Aids* (SILVA, 2012) teve como base empírica os dados de uma pesquisa realizada pelos pesquisadores do Grupo de Pesquisa em Saúde, Sociedade e Cultura – Grupessc/UFPB – da qual a autora participou. O estudo teve como objetivo a análise dos significados atribuídos à diferença sorológica pela díade, examinando os aspectos socioculturais e simbólicos que condicionam as práticas conjugais, sexuais, a negociação do risco e as relações sociais dos sujeitos sorodiscordantes.

¹³ Pesquisa realizada pelo GRUPESSC (da qual a tese – SILVA, 2012 – foi um desdobramento), intitulada “Casais sorodiscordantes no Estado da Paraíba: subjetividade, práticas sexuais e negociação do risco”, financiada pela Unesco e pelo Ministério da Saúde, coordenada por Artur Ferrusi e Mônica Franch, e desenvolvida com a participação dos pesquisadores: Maria de Fátima Araújo e Luziana Marques da Fonseca Silva; estagiários: Átila Carvalho de Andrade, Clareana Viveiros, Lindaci Loyola, Arthur Guimarães, Luana Cunha e Juliana Nascimento; e consultores/colaboradores: Ivia Maksud, Madiana Rodrigues e Edson Peixoto. Um desdobramento da pesquisa é o projeto “Sorodiscordância em casais gays: conjugalidade, sexualidade e práticas de risco”, financiado pelo CNPq.

remete a algumas questões: uma, ao fato de que um dos serviços era especializado (SAE¹⁴-materno infantil) para o atendimento de gestantes e puérperas HIV+, bem como para as crianças em fase de testagem para a sorologia. Logo, o público da pesquisa neste serviço seria apenas de mulheres. A outra questão é que mesmo no serviço de referência do Complexo Hospitalar Clementino Fraga, onde o atendimento é destinado aos usuários em geral, as mulheres se mostraram mais disponíveis para o diálogo – aventase que possa estar relacionado a uma dificuldade do homem HIV+ em falar de sua sexualidade (sem ser com os seus camaradas) e ainda haver uma possível associação com imaginários de “grupos de risco” em que o indivíduo vivendo com HIV/Aids estaria associado à homossexualidade. Consideramos ainda a possível correlação entre a maior presença de mulheres soropositivas no grupo investigado ao perfil demonstrado nos boletins epidemiológicos dos últimos dez anos, em que se revela uma expressiva feminilização dos casos diagnosticados.

O recorte de gênero nos provoca a reflexão sobre a sorodiscordância a partir de diferenças não apenas sorológicas, mas de distintas visões de mundo, dos significados culturalmente enraizados e dos contextos sociais dos parceiros. Um diagnóstico de soropositividade pode confrontar ideais de masculinidades e de feminilidades e, a partir destes, modelar fortemente o sentido da sorodiscordância na dinâmica conjugal. Nesse sentido, nos será útil pensar, tal qual Asha Persson (2015) fez em seu debate sobre a TASP¹⁵ (tratamento como prevenção), se a PrEP poderia desacoplar a sorodiscordância dos imaginários de uma relação ameaçadora, especulando sobre qual o lugar que a PrEP pode assumir nas hierarquias de gênero e nas negociações sexuais, e, enfim, aventando se ela contribuiria para esvaziar algumas percepções de alteridade entre os parceiros.

Significados em risco: a (dia)lógica conjugal¹⁶

Em termos conceituais, enquanto um empreendimento científico, a percepção de risco surge nas ciências biomédicas na esteira da problematização do “adoecimento de coletividades” (AYRES et. al., 2009), o que posteriormente foi tomado pela epidemiologia com suas tentativas de

¹⁴ SAE -Serviço de Atendimento Especializado, localizado no Hospital Universitário Lauro Wanderley.

¹⁵ Segundo às informações do site agência Aids: “A política de tratamento como prevenção é uma consequência da pesquisa considerada pela revista “Science” a descoberta científica de 2011. O estudo mostrou que pacientes com HIV adequadamente tratados, ou seja, com o vírus não detectável no sangue, transmitem 96% menos que os não tratados. O estudo Partner, divulgado em março desse ano, corrobora o princípio, pois não mostrou, em seus resultados preliminares, nenhum caso de transmissão entre casais sorodiscordantes, mesmo havendo relações sexuais sem o uso de preservativo”. Disponível em: <http://agenciaaids.com.br/home/noticias/volta_item/22531>. Acesso em: 1 mar. 2017.

¹⁶ Parte do debate aqui tecido já foi apresentado em Silva (2012).

intervenção e controle deste através do reconhecimento de unidades de análises, isto é, a possibilidade de mensurar as chances de cada indivíduo ser atingido por este adoecimento. A assertiva de Ulrich Beck (2010) de que vivemos em uma “sociedade de risco” supõe que a previsibilidade de situações ameaçadoras representa um parâmetro fundamental para o posicionamento individual diante da vida.

Assim, construindo um “mito da racionalidade”, Ulrich Beck (2010) discute as possibilidades de evitar o risco a partir da reflexividade, da racionalidade de escolhas seguras. Na medida em que a ideia de risco se conjuga com a contemporânea valorização da autonomia individual, passa-se a depositar na liberdade do sujeito a escolha de quais riscos pretende ou não correr (AMORIM; SZAPIRO, 2008). Nesse sentido, no que se refere à epidemia da Aids, tudo indica que é com base nesta racionalidade e nesta percepção de individualidade que a vigilância dos comportamentos é tomada como modo de prevenção contra o risco de infecção pelo HIV. Entretanto, muito embora a racionalidade médico-científica seja marcada pelo discurso preventivista, as dinâmicas conjugais sorodiscordantes investigadas não se revelaram, como um todo, necessariamente presididas por esta lógica securitária.

A prevenção é uma tarefa bastante complexa, pois exige que um indivíduo modifique um hábito ou uma prática atual, por hipótese prazerosa e confortável, em função da possibilidade de que num futuro não definido tal hábito ou prática possa vir a lhe causar problemas. Assim, para uma pessoa poder se prevenir de algo, é necessário que ela tenha a capacidade cognitiva para pensar o futuro e fazer projetos, que acredite que tem um futuro assegurado no qual vale à pena investir (VILLELA, 1999, p. 206).

O discurso preventivo pressupõe uma visão instrumental do risco regulada pela adequação, por cada indivíduo, entre meios e fins. Contudo, o que se pôde perceber é que a vida conjugal é construída na base de trocas intersubjetivas e de práticas sexuais que não dizem essencialmente respeito à lógica do sexo dito seguro; isto é, a prática sexual não se orienta, necessariamente, pelo uso de um método de barreira, de prevenção contra as doenças sexualmente transmissíveis. Segundo Gagnon (2006), a questão não é que a ação individual não seja importante, mas que o problema do risco implica considerar o universo social e cultural que impõe configurações sexuais e os modos de se expor aos riscos que podem limitar as chances de escolha dos sujeitos. Nesse ponto, criticando a centralização no enfoque psicológico, o autor nos adverte que, quando se trata de pessoas estigmatizadas, é lugar comum apontar as questões de assunção de risco como decorrentes do fracasso do autocontrole individual. Parafraseando Gagnon (2006, p. 307),

[...] quando as palavras sexo e risco são usadas em conjunto, como na expressão “sexo de risco”, elas evocam [...] visões confusas de indivíduos imprudentes, empenhados em

práticas sexuais que expõem a si mesmos e outras pessoas ao risco.

A suscetibilidade do parceiro(a) HIV- à infecção está envolta nas especificidades da vida conjugal juntamente com aspectos sociais e simbólicos que nomeiam a percepção de risco de cada par. De acordo com Luhmann (2006, p. 77), “toda avaliação do risco é e se mantém como algo sujeito ao contexto”. Desse modo, o que o material empírico nos indica é que para investigar os casais sorodiscordantes deve-se ampliar o escopo da noção de risco, tendo em vista que as dinâmicas conjugais podem englobar (PERRUSI; FRANCH et al., 2010) a suscetibilidade da diferença sorológica, bem como talvez a prevenção seja situacional. É neste sentido que uma interlocutora HIV+ explica que a prevenção não permeia todas as práticas sexuais, “tem aquelas horas que tem que ser uma rapidinha, que nem diz a história. Por isso, depende do momento”. Se, por um lado, a prevenção pode ser situacional, por outro, a gestão de risco para alguns parceiros foi tão fortemente associada ao uso do preservativo que a prevenção passa a ser *sine quo non* para as relações sexuais. Nas palavras do homem HIV-, “isso pra mim é como se eu fosse sair pra um canto sem uma camisa, uma sandália ou sem cueca, é a mesma coisa”. Desse modo, o preservativo foi adaptado ao “roteiro sexual” (GAGNON, 2006) do par, tornando-se inerente a este.

É por este motivo que discutimos a gestão do risco dos pares sorodiscordantes a partir das suas nuances, as quais vão da significação da diferença sorológica como uma situação de risco que requer mudança dos comportamentos ditos arriscados à banalização da probabilidade do parceiro HIV- ser infectado. Aliás, ainda que tenha sido cara aos parceiros, a adesão de medidas preventivas, para os casais que perceberam a diferença sorológica como uma situação na qual o risco deve ser gerido com atenção, a prevenção assume um importante papel na relação. Isto é, para tais díades, a conjugalidade se tornou um fator de risco *per se* (PERRUSI; FRANCH, et al., 2010).

Nas palavras do homem HIV-, “Uma coisa é você não saber que você está num grupo de risco, outra coisa é você saber que está num grupo de risco e enfrentar, aí é diferente”. Evidenciando a vulnerabilidade em que a nova situação o colocou, o interlocutor passou a se perceber como parte de um “grupo de risco”; o parceiro HIV- relata que a situação de sorodiscordância “mexe com o psicológico”, impelindo-o a usar constantemente o preservativo. A situação se mostrou mais tensa para os casais na fase de “liminaridade”¹⁷,

¹⁷ O conceito de liminaridade foi cunhado por Turner (1974) a partir dos ritos de passagem trabalhados por Van Gennep (1978). A correlação entre o afastamento – amoroso e físico dos cônjuges – e o período liminar é que, neste estado, o indivíduo vive a ambivalência de indefinição de papéis sociais, um esvaziamento do seu lugar na estrutura social, visto que a díade é retirada do panorama que

pois logo após a descoberta da soropositividade do(a) parceiro(a), a consciência do risco juntamente com a falta de experiência na convivência com o HIV/Aids fez com que, para alguns casais, a prática sexual se tornasse uma relação temida. O que pode ser verificado no depoimento de um interlocutor HIV- que passou a permear o exercício da sexualidade (mesmo com preservativo) pelo medo, o que conseqüentemente o fez perder o desejo: “Eu tive medo. Até chegou época assim de eu fazer forçado”. De fato, além do medo citado, outros relatos apontam as implicações do uso do preservativo nas formas de prazer e nos desejos, em razão das mudanças nos tipos de carícias e os interditos que o risco de infecção deflagra.

Porque a camisinha é um plástico. Você bota aquele plástico ali e... Dizem que não tira... Dizem que não tira, que a liberdade de prazer é o mesmo. Mas assim, eu acredito que não. Dá prazer dá, agora, não tanto quanto sem a camisinha. (Homem HIV-).

Assim, em alguns casos, como explicam os relatos acima, é só a partir da situação de sorodiscordância que a camisinha passa a fazer parte das práticas sexuais do par, e, por isso, a novidade vem carregada de uma série de elementos simbólicos nomeando o preservativo. Desse modo, ainda que o preservativo seja incorporado, o significado que ele pode assumir no relacionamento torna-se problemático para o casal. Como bem relata o interlocutor que vivia há sete anos com o HIV, o preservativo simboliza o risco em que ele se transformou com a soropositividade, “é exemplo que a gente pode passar pra outras pessoas”, além de pôr em xeque os componentes que envolviam as relações sexuais, os contatos entre os corpos e as trocas de fluídos, já que o método preventivo para o entrevistado “não é natural. Acho que não satisfaz!” Convém assinalar que o interlocutor HIV+ atribui a falta de naturalidade à privação da intimidade que o preservativo impõe ao casal. A artificialidade do método preventivo revela-se na interferência de um plástico no meio da relação sexual (SILVA; IRIART, 2010), com isso, ocorre a insatisfação, pois, a barreira plástica que a prevenção instaura entre os cônjuges passa a ser significada como sinal de uma relação sexual incompleta. Nesse sentido, apareceram relatos em que se atribuiu ao preservativo um sentido simbólico, indo além da sua constituição plástica. Uma interlocutora que vivia com o HIV há um ano significou o preservativo como um sinal negativo da nova situação conjugal, sobretudo da sua condição de ameaça ao parceiro: “Porque aquilo ali é um sinalzinho que tem um problema e que você tem que usar aquilo. Porque é pra aquele problema não passar pro outro”.

referencia a vida a dois e é lançada em um mundo desconhecido e indeterminado. O afastamento revelado nos relatos e a frieza denunciada pelo parceiro também foram encontrados nas pesquisas de Maksud (2007) e Franch e Perrusi (2010), e foram interpretados como uma fase de liminaridade.

O depoimento acima nos adverte que, longe de ser apenas um método preventivo, o uso do preservativo é significado como um elemento diferenciador do par, “um sinalzinho” da discordância sorológica no ato sexual; isto é, a lembrança de uma diferença hierarquizante. Inclusive, é interessante como a vulnerabilidade do parceiro HIV+ em ter relações sexuais sem o preservativo não aparece na avaliação de risco do casal. De tal modo, revestido de valores e de sentimentos compartilhados pelo par, o preservativo assume antes uma acepção simbólica, do que a face instrumentalizada e tecnicista defendida pelas políticas de saúde. Por isso, Barbosa (1999: 80) nos lembra que os sujeitos sociais estão “inseridos em redes de significados e valores que modelam comportamentos, desejos e fantasias passíveis de redefinição e ressignificação”; logo, as estratégias de prevenção ao HIV/Aids do parceiro HIV- não podem ser compreendidas como técnicas realizadas por indivíduos atomizados. Em alguns casos, notoriamente, a diferença que a situação de sorodiscordância atribuía aos parceiros ocasionava um distanciamento no casal, como se de tal modo quebrasse o companheirismo. Decerto, é a partir deste cenário que, por vezes, as conotações simbólicas ressignificam o uso do preservativo conferindo-lhe o papel de barreira para a cumplicidade do par.

Preservativo: “Porque aquilo ali é um sinalzinho que tem um problema”

De acordo com Ayres (2008), as políticas de saúde brasileiras relacionadas ao HIV/Aids têm sido fundamentadas em um tipo de “preventivismo” correlacionado à lógica de segurança, isto é, ao securitarismo, que desconsidera a experiência pessoal, os contextos sociais, os valores dos sujeitos assistidos, além dos significados que o uso ou o não uso do preservativo podem assumir. Unindo segurança individual a comportamentos protegidos, o “preventivismo” e o “securitarismo” tornam-se então “a apreensão particular da lógica de risco, desdobrando-se num modelo individualista, tecnicista e biológico do risco” (PERRUSI; FRANCH et al., 2010, p. 36). Ora, talvez seja por sua lógica tecnicista e descontextualizada que as medidas preventivas centradas na responsabilização individual sejam tão problemáticas para a gestão compartilhada do risco entre os sujeitos sorodiscordantes, tendo em vista que, inevitavelmente, a prevenção envolve os dois parceiros (GOGNA; RAMOS, 1999). Por sua vez, ainda que para alguns pares a percepção de risco venha acompanhada de medidas preventivas, isto não significa dizer que todos os casais que percebem o risco como uma ameaça imediata usem o preservativo em todas as relações sexuais, pois, como já foi posto, dependendo do momento, outros elementos podem se sobrepor ao risco.

Dito de outra maneira, a consciência do risco não implica fundamentalmente a sua gestão. Como no caso do relato de um homem HIV- que, mesmo com muito medo e significando a situação de sorodiscordância como uma relação de alto risco, não consegue usar o preservativo, já que, como ele diz, “eu sinto muita dificuldade, porque eu acho grande demais para mim, está entendendo? Eu coloco aí estamos lá e de repente sai”. Na medida em que o interlocutor relata que a sua parceira “representa tudo no mundo”, e já que não achou uma alternativa de prevenção, o homem HIV- assumiu o risco, em proveito da história do casal. Isso significa dizer que as pessoas podem se envolver conscientemente, mais que isso, voluntariamente em situações de risco dependendo do grau de “investimento” (MOORE, 2000) no relacionamento. Desse modo, uma vez que a parceira HIV+ não tem conhecimento sobre o motivo pelo qual o marido não usa o preservativo – mesmo com medo de ser infectado –, tudo indica que o silêncio pode produzir situações de “duplo vínculo” (BATESON, 1998) e, conseqüentemente, impedir ou dificultar a negociação sexual. Ao provocar discontinuidades, ou mensagens conflitantes, a situação de “duplo vínculo” pode causar dissensões na interpretação dos posicionamentos dos indivíduos, atrapalhando a comunicação e a capacidade dos parceiros em gerir preventivamente o risco.

Ao lado disso, verificou-se que a negociação sexual não perpassa predominantemente a conversa sobre a gestão do risco e o uso do preservativo. Comumente, o conceito de negociação sexual é entendido como uma barganha visando o acordo em relação ao uso de métodos preventivos; negociação esta que em certa medida se efetivaria no diálogo entre as partes. Para muitos parceiros, o diálogo sobre o sexo e sobre os modos de proteção não faz parte de suas dinâmicas conjugais e do próprio exercício da sexualidade e, por isso, entendemos, tal qual Regina Barbosa (1999), que restringir a realização da negociação sexual à comunicação verbal implica desconsiderar os jogos sexuais, amorosos e performáticos que também nominam o enfrentamento do risco dos casais sorodiscordantes para o HIV/Aids. A performance sexual, por vezes, fala por si e o gerenciamento da suscetibilidade ao HIV ocorre no próprio ato sexual. Negando-se a ter determinados tipos de relações sexuais, entendidas como de maior risco, ou estabelecendo limites sobre os toques e os contatos corporais, os parceiros barganham e modelam a prevenção ao HIV/Aids. De acordo com Olavarria (1999, p. 171), existem múltiplos meios pelos quais a negociação sexual se realiza, “cada um teria a sua forma, com carícias, sorrisos, ofensas, sinais, gestos, palavras, gritos, ameaças ou golpes”.

Nesse mesmo sentido, o depoimento abaixo de uma interlocutora HIV- revela como a negociação pode ocorrer no ato sexual, de modo que, por um lado, no momento em que o desejo e o prazer falam mais alto, a percepção do risco é secundarizada por ela, enquanto que, por outro lado, o

seu parceiro HIV+, sentindo-se responsável pela proteção da parceira, nega-se a ter relações sem o preservativo:

***Pesquisadora?** Alguma vez vocês já deixaram de usar o preservativo depois que descobriram o vírus?*

***Interlocutora:** Não, jamais. E mesmo se eu quisesse. Eu já tentei uma vez, "eu não quero, eu quero sem camisinha". Ele disse "você está doida". "eu quero assim", o puxei, ele puxava pra cima eu puxava pra baixo, "eu quero sem caminha agora", e ele "não, você está doida". E ele brigando pra não colocar sem preservativo, "mas eu quero sem preservativo, não quero nem saber". (Mulher HIV-).*

Deste modo, seguindo a percepção de Barbosa (1999), o que é negociado, e em que termos ocorre esta relação, só pode ser compreendido de maneira relacional e situacional. Em outras palavras, a negociação é construída com base em arranjos sobre o momento vivido, sobre a sexualidade, o gênero, a idade e o grupo social, e estes só ganham sentidos quando vistos à luz das relações diádicas, dos valores atribuídos ao risco e das trajetórias conjugais que geram situações sorodiscordantes específicas. Assim, a dimensão situacional da negociação revela que embora, em alguns casos, o uso do preservativo faça parte do roteiro sexual (GAGNON, 2006), por vezes, no momento da relação sexual, a díade decide não se proteger, e esta não deixa de ser uma negociação: “tem gente que tem o tal do meia-nove, e se fizer... (silêncio) isso aí é errado, mas a gente já fez já, a gente tem que ser feliz”. Ao afirmar que é “errado” o tipo de prática realizada pelo casal, o entrevistado demonstra a incorporação dos discursos normatizadores dos comportamentos sexuais ditos adequados para o enfrentamento da transmissão, entretanto, se as práticas a serem adotadas rotineiramente exigem que se abdique de práticas antes prazerosas, o casal decide, ao menos momentaneamente, correr o risco e, como ele relata, “ser feliz”. Nessa reflexão sobre a caminha deve-se ter em conta distintos elementos que podem estar envolvidos, quer sejam questões sensoriais ligada à troca de fluídos, ao contato pele com pele, quer às implicações trazidas pela exigência do uso contínuo do preservativo e a vontade de quebrar a rotina, ou até a excitação ligada à transgressão.

Do mesmo modo que se apresentou no relato anterior, outro casal, que também têm ciência das possíveis consequências dos seus atos, decidiu assumir o risco: “É como lidar com um ninho de cobra, uma hora os caçadores vão ser picados. Eles acham que não vão ser porque estão acostumados, são habilidosos, têm equipamentos, mas uma hora ou outra o cara está sem equipamento e ela ataca”.

Assim, ao mesmo tempo que existe um forte discurso preventivo centralizado no uso do preservativo, para alguns casais, a negociação do risco ocorre nos jogos sexuais e perpassa as escolhas sobre as práticas consideradas de menor de risco e até períodos sem o uso do preservativo, como vemos no relato desta entrevistada HIV+: “[...] passei a ter muito cuidado agora. A carga viral não está tão bem como antes eu tinha. Então, a gente tem muito cuidado”. Apropriando-se das informações dadas no serviço de saúde sobre a influência da carga viral na possibilidade de transmissão, o casal fez, por conta própria, uma escala de risco, através do acompanhamento das taxas virais, assim eles passaram a não usar o preservativo nos períodos em que a parceira HIV+ estava com imunidade alta, e retomavam o uso quando as taxas caíam. Desse modo, à luz de suas experiências, criando um modelo de prevenção mais flexível, e resistindo à imposição de limites e normatização da sua vida sexual (RAXACH, 2011), alguns parceiros gerem o risco através de estratégias particulares que coadunam informações advindas do serviço com suas preferências sexuais. Vale salientar que esse tipo de gestão do risco é anterior à divulgação dos resultados de pesquisas mais recentes que chamam atenção para a baixa probabilidade de transmissão dos vírus quando a carga está indetectável, o que levou, inclusive, à campanha “indetectável não transmite”, e que perpassa as novas diretrizes de Prevenção Combinada preconizada pelo Ministério da Saúde.

Ainda que não inclua a carga viral no seu guia de redução de danos, ao discutir o modelo hierárquico de prevenção ao HIV/Aids – centrado em práticas sexuais de maior e menor risco –, Juan Raxach (2011) alerta que, apesar não de ser um substituto do preservativo, a “escala de risco” se apresenta como um complemento das medidas preventivas que pode ampliar as escolhas individuais e coletivas. Na medida em que os casais criam modelos particulares de gestão do risco, o enfrentamento do vírus pode seguir para formas mais maleáveis de negociação sexual, ou contrariamente, para modelações mais rígidas das práticas sexuais. No relato abaixo, uma mulher soropositiva se sente responsável pelo risco de contaminação do parceiro, e por isso afirma que jamais permitiria determinadas práticas sexuais consideradas mais arriscadas, mesmo com preservativo:

***Pesquisadora:** E em relação às práticas sexuais, você disse que deixou de fazer alguns, por causa do quê?*

***Interlocutora:** Do cuidado. O oral, às vezes, eu posso ter uma inflamação no dente e não sentir, às vezes a gente sente um gosto de sangue na boca, pode ser um dente inflamado, mas a gente não sabe que não está vendo por fora. Então, já por causa disso aí. Eu jamais ia permitir porque o líquido com certeza ia contaminar, não adianta usar camisinha se o meu líquido ia contaminar. O anal também poderia forçar mesmo*

com a camisinha, poderia estourar é uma coisa que tem mais dificuldade e é por esses cuidados mesmo que a gente nunca se permitiu. (Mulher HIV+).

O maior conhecimento das mulheres HIV+ sobre a convivência com o vírus não significou fundamentalmente uma maior capacidade de influenciar a decisão do parceiro, mas, sim, alterou a postura destas diante de práticas percebidas como mais arriscadas, ou seja, algumas mulheres passaram a se negar a ter determinados tipos de relações sexuais, o que não deixa de ser uma forma de impor sua vontade ao cônjuge! Nas palavras da mulher HIV+: “Já sei dos riscos que corro, que ele corre, e como eu devo prevenir tudo isso”. O risco ao qual a mulher se refere assume dois sentidos, por um lado, o risco que a soroconversão do parceiro potencialize o seu vírus, ou que ela venha a ter alguma infecção em casos de relações sem preservativos; de outro, o risco de ser responsabilizada pela contaminação do parceiro.

Ainda que a responsabilização pela infecção do parceiro HIV- seja entendida como inerente ao casal, não raros foram os casos em que a pessoa vivendo com HIV toma para si a obrigação, e por isso, por vezes, a recusa em ter relações sem preservativo é certa: “Porque assim, muitas vezes ele pergunta assim: “vamos fazer sem camisinha?” eu digo “não” (Mulher HIV+). De fato, o HIV/Aids acentua o sexo como um lugar de barganhas de poder, não obstante, a negação de algumas mulheres em ter relações sexuais sem preservativo ganha forma em decorrência da responsabilização pela saúde do parceiro, o que acaba por se legitimar na díade como símbolo de cuidado, e não como poder. Como relata a interlocutora HIV+ sobre o uso do preservativo: “Eu tenho mais medo do que ele. Aí eu não quero [...] assim, eu não quero que ele se prejudique”. Seria pertinente enfatizar que nem o preservativo feminino foi aceito pelas mulheres investigadas – o que talvez possibilitasse uma maior apropriação do poder na gestão do risco – e nem todas elas tinham o interesse em negociar o uso da camisinha masculina. De acordo com os relatos das interlocutoras, anatomicamente o preservativo feminino trazia desconforto, além ter como agravante o medo de usá-lo, pois como afirma a Mulher HIV-: “eu sempre acho que pode ‘engalhar’ lá por dentro”. Além do desconforto relatado com o uso do preservativo feminino, tem-se ainda questões como o seu alto custo e o difícil acesso como elementos que colaboram para a pouca familiarização com esse insumo.

Diferentemente do que as políticas de saúde e uma massiva literatura sobre o HIV/Aids supõem, verificamos, tal qual Barbosa (1999), que algumas parceiras HIV+ não desejam fazer o uso do preservativo, com isso, tudo indica que os longos períodos sem ter relações sexuais possam ser utilizados como um modo de negociação do não uso, justificando a dificuldade de incorporação do método de proteção, visando o descarte do preservativo.

Como relata um interlocutor HIV- sobre a diminuição do ritmo de relações sexuais: “Vamos dizer que ela não se acostumou ainda. Ela se sente incomodada por isso”; por outro lado, em entrevista (separada do parceiro), ela afirma que “estava tudo normal, mas eu não sinto mais aquele desejo. Não sei se é porque... Não sei se é devido à camisinha”. Porém, para negociar com a parceira o uso, o marido alega que ela não tem o direito de reclamar por causa da condição de pessoa HIV+, logo, ele faz uso do seu lugar na hierarquia do *status* sorológico sorodiscordante para impor o poder de decisão. Aqui, a diferença sorológica é percebida como descrédito, como elemento que coloca a pessoa soropositiva em relação de inferioridade diante do parceiro.

Outra mulher HIV+ do mesmo modo relatou que não gosta do uso do preservativo e que, por isso, “de vez em quando há uma escapulida”. Então, é em decorrência destas “escapulidas” que o casal, que se formou após o diagnóstico, tem três filhos. Em contrapartida, mesmo reconhecendo o risco, o marido faz uma correlação direta entre o uso de métodos preventivos e as relações extraconjugais, por isso o casal enfrenta dificuldades para se prevenir, já que, como ele afirma, a camisinha é “para aquele cara que namora fora, não com a de casa”. Como explicam Silva e Camargo Jr. (2009, p. 3), “a condição de casal pressupõe uma certa negligência quanto ao uso sistemático do preservativo, culturalmente relacionado com relações extraconjugais”. Deste modo, além destas questões referentes às negociações do risco de transmissão do HIV para o parceiro HIV-, a situação de sorodiscordância constituiu-se, segundo Silva e Couto (2009), em uma situação de “duplo risco”. De um lado, o risco já referido de contaminação do soronegativo da relação, de outro, a possibilidade de transmissão vertical aos filhos gerados pelo casal. Na medida em que os serviços de saúde não oferecem uma opção menos arriscada para as decisões reprodutivas, os casais optam por assumir o risco investindo no projeto de ter o filho.

***Pesquisadora:** E vocês mesmo depois de saber que ele não tinha pego vocês decidiram ter outro filho?*

***Interlocutora:** Foi. A gente deixou de usar a camisinha pra ter o segundo filho. (Mulher HIV +)*

Ora, o que o depoimento selecionado endossa é que, assim como Silva e Couto (2009) verificaram em sua pesquisa sobre casais sorodiscordantes para o HIV/Aids, embora o risco seja considerado por estes casais, ele “não condiciona suas decisões reprodutivas”. Os valores referentes à paternidade e à maternidade para a consolidação do laço conjugal, e de um possível projeto de família, ganham precedência diante das consequências e das probabilidades de infecção do bebê e do parceiro.

Interlocutor: *Rapaz... A gente planejou muito para ter um filho.*

Pesquisadora: *Mas como é que vocês fizeram? Foram ao médico para saber dos riscos? Conta um pouco detalhadamente como é que foi essa coisa da gravidez?*

Interlocutor: *Rapaz, foi normal, eu não vou mentir. Eu vou falar a verdade, foi normal. Não usei preservativo nenhum.*

Pesquisadora: *Vocês conversaram antecipadamente com o médico?*

Interlocutor: *Eu já sabia de todo risco já. (Homem HIV-)*

Ainda que o casal citado acima frequente o serviço e tenha afirmado na entrevista que tem uma boa relação com a equipe de saúde, o seu planejamento familiar, as suas decisões reprodutivas e conjugais não são elaboradas conjuntamente com os profissionais. Acredita-se que o receio de uma resposta negativa por parte dos profissionais de saúde em relação ao desejo de ter filho acabe por impedir que o casal recorra ao serviço. Logo, uma vez que a decisão reprodutiva aparece como contrária à normativa que institui o uso do preservativo, talvez por isso não tenha surgido nas entrevistas relatos da abordagem espontânea dos profissionais do SAE e do Hospital Clementino sobre o assunto nas consultas. De acordo com a pesquisa realizada por Rossi (2010) em São Paulo, existe de fato uma dificuldade dos profissionais de saúde em realizar uma “escuta sensível” em relação ao desejo dos casais sorodiscordantes de ter filhos. O resultado desta dificuldade se apresenta por meio do paradoxo entre as suas falas em defesa do discurso dos direitos reprodutivos das pessoas que convivem com o HIV/Aids, e suas práticas, com orientações contrárias à gravidez. Em outro relato, uma mulher HIV+ revela que, após uma conversa com seu médico, ele não recomendou a gravidez naquele momento. A necessidade de baixar a carga viral seria o motivo para a espera. Assim, talvez a espera seja uma estratégia utilizada pelo médico para a redução de danos, ou uma maneira de ganhar tempo e evitar que a gravidez ocorra – como aparece implícito nas falas das mulheres entrevistadas por Rossi (2010). De todo modo, constatou-se que, embora o médico tenha afirmado que era preciso aguardar, o casal tinha um prazo máximo para a espera, que seria o ano seguinte. Isso significa dizer que, independentemente da recomendação, a díade tem um projeto de vida que prevalece diante da indicação médica.

Pesquisadora: *Você tem vontade de ter filho?*

Interlocutora: *Tenho.*

Pesquisadora: *Como você acha que vai ser esse momento? Você já foi orientada quanto a isso?*

Interlocutora: *Eu já conversei com o médico e ele não recomenda ainda, mas estou tentando baixar a taxa de vírus.*

Pesquisadora: O que o parceiro acha sobre isso?

Interlocutora: Ele quer também. A gente quer pro ano que vem. (Mulher HIV+)

Muito embora nem todos os casais tenham expressado o desejo de ter filhos, haja vista que o medo da transmissão viral cercearia a intenção de alguns deles, a trajetória do casal sem filhos mostrou-se um fator determinante para a realização do projeto de concepção de um bebê. Nesse sentido, como bem relata um interlocutor HIV-: “Dentro de um casamento sempre há de querer um filho com o outro”. Ora, tudo indica que a afirmação do entrevistado diz respeito à confirmação do compromisso do casal e de uma ligação mais íntima a partir da geração de um filho. Desse modo, o relato endossa a tese de Marilyn Strathern (1995) na qual a concepção constrói parentalidade e laços conjugais. Nas palavras da autora, “a relação do ato sexual com a concepção não é, portanto, simplesmente uma relação técnica. Serve para reproduzir a parentalidade como resultado percebido de uma união em que as partes se distinguem pelo gênero” (STRATHERN, 1995, p. 307). Assim, pode-se dizer que o significado simbólico da relação sexual não esteja relacionado apenas à dinâmica interna do casal, mas, sim, à geração de filhos, que perpassa o reconhecimento social do grupo em relação ao ideal dominante (no Brasil) de família; a saber, famílias parentais baseadas na afetividade sendo os filhos “naturalmente” frutos do amor conjugal. Tendo em vista que a adoção de crianças ou o acesso a técnicas de fertilização não fazem parte do universo dos sujeitos pesquisados (pessoas de camadas populares), pode ser mais arriscado para a díade – do ponto de vista do seu contexto social – a ausência do valor do filho biológico para a concretização da família (SILVA; COUTO, 2009), do que o risco epidemiológico de uma doença que seria mantida em segredo.

De todo modo, o nascimento do filho igualmente pode significar o resgate da feminilidade e da masculinidade (tanto no interior do relacionamento quanto na rede) que talvez tenham sido ameaçadas em virtude da soropositividade. No relato de uma mulher HIV- sobre os planos de constituir uma família, a geração de um filho reconfiguraria o *status* do seu parceiro HIV+ na vida conjugal: “eu sonho em estar casada, em estar bem com o meu marido e ter filhos, ter segurança no meu marido”. É como se um filho ressignificasse a masculinidade do parceiro, uma vez que a hierarquia ocasionada pela discordância sorológica havia desqualificado o *status* do homem HIV+ no relacionamento, ao ponto de a mulher não o perceber mais como um homem capaz de constituir uma família – tal qual dito durante a entrevista. Com efeito, como sugere Daniela Knauth (1999), a atividade reprodutiva pode ser utilizada como uma importante estratégia de enfrentamento dos possíveis “danos sociais, culturais e psicológicos” que a

convivência com o HIV/Aids pode acarretar. Conforme explica uma entrevistada HIV+, “todo mundo quer ser mãe um dia”, por isso, a sua condição sorológica estava comprometendo o modo como ela se percebia enquanto mulher. A necessidade do casal se sentir vivo, como um homem e uma mulher com a capacidade de gerar um filho, mais ainda, de “realizar sonhos” (ROSSI, 2011) e de dar continuidade a sua vida conjugal e social, dão a dimensão do que seria conviver com o HIV/Aids. Isto é, a situação de sorodiscordância não impede que os parceiros se constituam como sujeitos desejantes – sejam desejantes de vida, de filhos, de amor, ou de respeito aos seus direitos reprodutivos.

Nesse cenário de discussão sobre o risco entre pessoas que convivem com o HIV/Aids, comumente versa-se sobre as questões referentes às práticas sexuais e à transmissão vertical, porém, o medo, o cuidado e a gestão do risco não se restringem ao exercício da sexualidade, se estendendo, para alguns casais, às práticas comuns do cotidiano. Seja no cuidado com objetos cortantes, como pode ser visto no depoimento de uma interlocutora HIV +, “Eu tenho medo de tudo, assim, de passar para outra pessoa, até fazer unha com manicure”, seja indo além das vias reconhecidas de transmissão, como explica um homem HIV-, “ela usa a colher dela eu não uso e tem o copo dela tomar água também que ela já separa”. Aqui, o medo tornou a prevenção (e os cuidados) um ordenador de suas ações cotidianas. Desse modo, pode-se afirmar que a prevenção “virou uma necessidade absoluta, uma necessidade estranha porque o risco é probabilidade. E não se controla de forma absoluta uma probabilidade” (PERRUSI; FRANCH et al., 2010, p. 35). O enfrentamento do risco de contaminação não é pautado exclusivamente pelas informações do serviço, mas entrecruza-se com as crenças, os medos, e até informações incompletas, ou incorretas, dos parceiros. Este tipo de gestão do risco mais regulador das atividades rotineiras foi verificado, sobretudo, nos casais que significaram a situação de sorodiscordância como uma séria ameaça – estes pares adotaram o uso contínuo do preservativo. A separação de copos, de talheres e o não compartilhamento de alimentos é significado como uma forma dupla de cuidado: por um lado, a preocupação em não passar para o indivíduo HIV+ bactérias e infecções, de outro, para o parceiro HIV- não ser contaminado pelo vírus.

As falas dos sujeitos entrevistados nos apresentaram os diferentes desdobramentos que o risco pode assumir na situação de sorodiscordância. Se, para alguns casais, a sorodiscordância configura-se como uma ameaça cotidiana que solicitaria o cuidado com os talheres, os copos e os hábitos de higiene, para outros, a diferença sorológica pode ser significada como mais um risco a ser gerido, ou por vezes, banalizado. A partir deste cenário, verificou-se que alguns homens HIV- negavam-se a assumir a condição de sujeito vulnerável no relacionamento. Com isso, deflagrava-se um verdadeiro

afrontamento do risco permeado pela sua posição de masculinidade. Teríamos de considerar que, apesar de serem colocados numa inegável posição de vantagem em relação às mulheres, os homens também são presas das armadilhas do gênero, e a obrigação de cumprir alguns dos estereótipos da masculinidade poderia ser tão opressiva para eles quanto o cumprimento dos estereótipos do feminino é para muitas mulheres. (VILLELA, 1999, p. 211). Como Villela (1999) nos lembra, a força das “armadilhas de gênero” pode impelir os homens a seguir, ou reproduzir, determinados estereótipos, a fim de se apresentar coerentemente de acordo com as imagens demarcatórias da masculinidade. Bozon (2004) igualmente nos adverte que as diferenças de gênero modelam distintamente o exercício da sexualidade, deste modo, parece-nos que a correlação presente no imaginário social sobre a Aids entre homens vulneráveis e práticas homossexuais contribui para que os sujeitos entrevistados não aceitem serem postos nesta posição, como pode ser verificado no seguinte depoimento: “Essa doença não pega não! Isso é tudo ilusão. Só pra quem tem pulso fraco, eu tenho pulso forte”. (Homem HIV-)

Notoriamente, o relato acima foi modelado pela percepção de uma masculinidade em que, como afirma Lima (2011, p. 112), “o sujeito macho não adoece [...], então, se eu tenho a força, estou protegido”. Mesmo estando em situação sorodiscordante reconhecida socialmente e cientificamente como de risco, o homem HIV- se sente protegido, uma vez que ele não faz parte do grupo dos fracos – o que talvez seja uma menção ao antigo paradigma (mais ainda mormente) de “grupo de risco”. Neste ponto, o homem recorre ao não uso do preservativo como uma estratégia de esvaziamento da condição de vulnerabilidade que a situação de sorodiscordância lhe confere. Assim, ele não se sentiria um estranho no relacionamento, como um sujeito fora do seu lugar na relação sexual. Com efeito, contrariamente ao discurso de responsabilidade compartilhada entre os parceiros pela gestão do risco de contaminação pelo HIV/Aids, verifica-se, de acordo com Villela (1999, p. 210), “uma relativa escassez de mensagens visando à prevenção do HIV dirigidas aos homens”. Assim, tudo indica que além de se fazer necessária a reconfiguração do lugar do homem diante do HIV/Aids, talvez seja mister desconstruir alguns imaginários sobre a masculinidade e a feminilidade, para que os homens e mulheres sintam-se alvos das mensagens preventivas elaboradas. Aliás, um elemento impulsionador para a criação de explicações individuais para o fato do parceiro HIV- ainda não haver se contaminado pelo HIV estão relacionadas à possibilidade da baixa carga viral da parceira e ao fato de o homem ser menos vulnerável à transmissão do HIV do que a mulher. As interpretações equivocadas dessas explicações, juntamente com os modelos de gênero enraizados, talvez corroborem para a criação de um imaginário de imunidade do dito “sujeito macho” (LIMA, 2011) com relação ao HIV/Aids. Nas palavras de um entrevistado HIV-: “já disseram pra mim que não sabem como eu não

peguei, que meu sangue é muito bom” (Homem HIV-). Do mesmo modo, outro entrevistado HIV- afirmou: “depois que fiz o teste e não deu nada parece que [...] Eu acho que eu sou [...] Como é que se diz? [...] Inigualável! Não sou?”. Desse modo, além destas interpretações levarem alguns sujeitos entrevistados a não usarem o preservativo, elas acabam por contrabalançar a percepção de suscetibilidade ao vírus do homem HIV- do casal sorodiscordante. Segundo Olavarría (1999), as construções de gênero fomentaram o imaginário social do homem como um ser dotado de poder sobre as mulheres e de um desejo incontrolável, ativo – quase permanente –, por isso, ele não seria o parceiro responsável pela sexualidade no relacionamento, haja vista que seria arriscado confiar no dito “instinto” masculino. Ao se negar a abrir mão de práticas preventivas, seja devido à busca do prazer, seja pela percepção de que o preservativo impediria o contato corporal impondo barreiras, o parceiro HIV- despreza as atitudes preventivas de tal maneira a ponto de banalizar (KNAUTH et al., 1998) a contaminação pelo HIV.

A banalização da contaminação, mais uma vez, pode ser percebida na fala de outro entrevistado HIV- que relata já haver pensado na possibilidade de infecção, e com isso, assume que “contraíndo o vírus eu ia tomar o medicamento e ter uma vida normal. Até chegar o tempo de (silêncio)”. Do mesmo modo como Knauth (1999) e a equipe de pesquisadores encontraram nos relatos dos seus sujeitos entrevistados certa “atitude fatalista” em relação à infecção pelo HIV, percebe-se que o parceiro HIV- igualmente reconhece que caso seja infectado conviverá com o vírus e fará o tratamento sem maiores problemas. Ainda assim, ele entende que chegará o tempo em que fatalmente a Aids mostrará sua face mortífera, logo, na medida que a vida demanda outras dificuldades mais urgentes, tantos outros riscos – como a fome, o risco de desemprego, condições precárias de sobrevivência –, a infecção pelo vírus apenas somar-se-ia a estes. Em suas palavras: “Eu saí de casa com oito anos de idade, e até hoje... Perdi meu pai, perdi minha mãe”; ou seja, a vida de dificuldades que sempre levou fez com que o HIV fosse significado como um dentre tantos outros problemas vivenciados pelo casal.

A presença da morte é, assim, uma realidade que independe da doença. A Aids é apenas uma ameaça a mais e pode, de certa forma, ser controlada através da adoção de medidas preventivas e terapêuticas que visam evitar o desenvolvimento da doença (KNAUTH et. al., 1998, p. 196).

O contexto no qual a prevenção – ou a não adesão a esta – é pensada nos parece especialmente importante na significação do risco, visto que este pode não se tornar a principal ameaça diante dos diversos fatores aos quais o casal, ou um dos parceiros, está exposto. Um interlocutor HIV- elenca uma série de problemas de saúde que seriam mais ameaçadores do que o HIV/Aids:

Eu sou diabético, tenho pressão alta; pressão baixa, fiz uma cirurgia no dedo do pé e já está chegando ao osso de novo, vou ter que tirar o dedo fora. E estou vivendo, calçando sapato. Um lado do pé já é dormente, o pé esquerdo já deu derrame, e estou vivendo. Se eu morrer hoje, vai ser sem camisinha. (Homem HIV-)

De todo modo, além de considerar a precariedade das suas condições de saúde – e a ameaça constante do risco de morte, já que enfrenta tantos problemas de saúde –, o interlocutor HIV- decidiu não abrir mão de um dos poucos prazeres que a vida lhe proporciona, que é a relação sexual sem preservativo. Segundo o seu relato, “a relação tem que ser carnal”, com isso pode-se entender que a fusão dos corpos, a sensação de entrega e intimidade só será sentida se houver o contato corporal. Mesmo a parceira tendo tentado negociar o uso do preservativo, o homem alegou ter consciência do risco e se responsabilizou pelas consequências deste. Nesse sentido, acredita-se que, como ele não poderia controlar o desenvolvimento das outras doenças, o homem entrevistado pareceu querer reafirmar que, ao menos na vida sexual, ele seria o “senhor da situação”, com poder de decisão sobre a exposição ao vírus; assim, afrontar o risco de infecção seria uma maneira de se sentir vivo. De fato, diferentes relatos endossam as limitações que os métodos preventivos e o risco de transmissão do HIV na situação de sorodiscordância impõem ao exercício da sexualidade.

Velhos dilemas, novos caminhos? A sorodiscordância no escopo da PrEP

No momento atual de enfrentamento ao HIV/Aids, fala-se em reinventar as formas de prevenção, propondo a ampliação dos métodos preventivos com abordagens comportamentais, estruturais e biomédicas que vão desde formas de redução de danos (segurança negociada através do conhecimento da carga viral, trocas de agulhas e seringas etc.), o já conhecido preservativo (masculino e feminino), até as profilaxias pré-exposição (PrEP) e pós-exposição (PEP).

A Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) – que se inclui nas estratégias das agências internacionais que têm como foco “o tratamento como prevenção” (sigla em inglês TASP) – passou pela fase de testes no Brasil e, desde novembro de 2016, está sendo implementada pelo Projeto Combina¹⁸. Os testes vinham

¹⁸ “O Projeto Combina é um estudo realizado pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, com financiamento do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. A finalidade é avaliar como as pessoas utilizam os métodos de prevenção ao HIV disponíveis nos serviços públicos de saúde. O projeto está sendo desenvolvido em cinco diferentes serviços do país: IAPI, Porto Alegre (RS); COA, Curitiba (PR); CRT-DST/Aids, São Paulo (SP); SAE, Ribeirão

sendo realizados com homens que fazem sexo com homens, travestis e mulheres transexuais. A sorodiscordância não foi mencionada na página inicial do *site*¹⁹ “Estudo PrEP Brasil”, e esta invisibilidade, seja nos serviços de saúde²⁰, seja nas campanhas e políticas de prevenção, revela-se como mais um desafio para a prevenção do HIV; isto é, pensar estratégias de enfrentamento que possam considerar as pessoas em seus diferentes cenários, relacionamentos e situações. Mais ainda, em transformar a prevenção em uma realidade em suas vidas.

Ainda que os casais sorodiscordantes não tenham sido diretamente tematizados no “Estudo PrEP Brasil”, a estratégia da PrEP acaba por atingir em cheio esses pares, uma vez que a proposta dessa política de prevenção é que a profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP) seja uma estratégia de prevenção que envolve a utilização diária de um medicamento antirretroviral (ARV), por pessoas não infectadas, para reduzir o risco de aquisição do HIV através de relações sexuais.

Segundo Asha Persson, Jeanne Ellard e Christy E. Newman (2015), a estratégia global do “tratamento como prevenção” (TASP) pode abrir novas trajetórias que liberam a sexualidade sorodiscordante de suas amarras históricas em discursos de risco e estigma. De acordo com o estudo australiano com casais sorodiscordantes, o uso da medicação diminuiu ansiedades sobre a transmissão por parte dos casais investigados.

Considerando que em nosso estudo (2012) o preservativo apareceu, por vezes, como um elemento que instaurou uma “alteridade situacional”, impondo limites e diferenças entre os parceiros, e analisando estas situações a partir das novas possibilidades da PrEP, talvez o uso da medicação, juntamente com a combinação de outras opções preventivas de redução de danos, possam esvaziar as sensações relatadas como o sentimento de transformar o parceiro em uma ameaça, ou a ideia de sujeito sexual incompleto. Alguns parceiros relataram diminuição do prazer, tais como: “me colocou na geladeira” (Mulher HIV-), bloqueio sexual na hora de colocar o preservativo, falta de adaptação ao uso, quebra na excitação e na percepção de entrega mútua.

Na medida em que a diversidade de métodos preventivos vem na esteira de uma proposta de “prevenção combinada” como estratégia capaz de ser incorporada, tendo em vista as condições de vida, os valores dos atores sociais, talvez ela amplie as possibilidades de escolhas sobre como prevenir o HIV para além do uso do preservativo.

Preto (SP) e no Hospital São José, em Fortaleza (CE)”. Disponível em: <http://giv.org.br/boletimvacinas/Boletim_Vacinas_GIV_Edicao_31.pdf#page=3>.

¹⁹ Disponível em: <<http://prepbrasil.com.br/pesquisa-prep-brasil/>>. Acesso em: 28 fev. 2017.

²⁰ Quando iniciamos a pesquisa no SAE-Materno infantil, a coordenação do serviço não tinha conhecimento sobre os casais, mas após um levantamento, até o final da pesquisa mais de 100 casais haviam sido contabilizados.

De fato, o que as falas sobre as implicações do uso do preservativo para as práticas sexuais nos revelam é que, embora a situação de sorodiscordância seja normatizada pelos serviços de saúde como uma condição que deve ser gerida através do controle sobre os comportamentos ditos arriscados, os parceiros não deixam de orientar a vida sexual pela busca dos prazeres e dos desejos. Com isso, deve-se considerar nos discursos preventivos referentes à diáde sorodiscordante: a trajetória conjugal (casal pré, ou pós-diagnóstico, tempo de relacionamento, com ou sem filhos), os sentidos que a diferença pode assumir, as condições de saúde do parceiro (se está assintomático), o tempo de descoberta do vírus, o “prazer sensorial” (SILVA; IRIART, 2010), dentre outras questões que influem na prevenção.

Verificamos que o contato carnal e a troca de fluídos são significados como intensificadores da intimidade, do sentimento de liberdade e da entrega completa dos parceiros. Portanto, para os casais estudados, o sexo sem preservativo, além de conferir maior envolvimento emocional, atribuiu sensação de poder no momento em que o indivíduo consegue ser o senhor do seu desejo.

Pensando nos relatos dos sujeitos da pesquisa, e questionando como a biomedicalização do HIV pode desdobrar-se em formas que fazem mais do que simplesmente medicalizar corpos, vidas de disciplina (PERSSON, 2015) ou intensificar normas na busca da saúde – ou no que se convencionou como normalidade –, aventa-se que para os casais investigados com roteiros intrapsíquicos perturbadores (BOZON, 2004), quer dizer, para a diáde em que o medo de transmissão traz implicações até para as fantasias, a PrEP (Profilaxia pré-exposição) talvez possa contribuir para ressignificação e reelaboração de novos roteiros sexuais, com a volta do prazer, e a reerotização (a percepção de risco pode se deslocar da sexualidade para o uso correto da medicação). Quem sabe, altere a ideia do que é seguro e do que é inseguro, já que em uma relação com um parceiro com o *status* sorológico desconhecido, o risco seria maior, caso o preservativo não seja usado.

Segundo Gagnon (2006), as práticas sexuais se alicerçam em mitos, imagens culturais, fantasias e códigos interativamente compartilhados, por isso a percepção e a gestão do risco se sobrepõem à assertiva racionalista de adequação entre meios e fins. Dito de outra maneira, é preciso reconhecer que o modo como os sujeitos organizam os seus desejos e os prazeres são fundamentais para as respostas ao risco de contaminação pelo HIV. Deste modo, o que a situação de sorodiscordância nos adverte é que o prazer não pode ser negligenciado nas propostas preventivas, uma vez que este se tornou “[...] uma dimensão importante da vida” (SILVA; IRIART, 2011, p. 10). Nesse sentido, parece-nos mais que necessária a expansão dos modelos preventivos, haja vista que gestões alternativas do risco podem colaborar para que as

preferências sexuais e os sentidos atribuídos à mudança de *status* sorológico possam ser menos ameaçadores para os parceiros.

As posições de doente, de perigoso e de abjeto (SILVA; IRIART, 2010) que a soropositividade pode conferir mostraram-se, em algumas situações, construtoras de alteridades entre os parceiros, o que, com efeito, pode ser produtor de diferenças hierarquizantes entre os pares, ou, por sua vez, *per si*, produza a necessidade de o casal unir-se em um par. Assim, quer seja em situações de risco, quer seja na cotidianidade, verificou-se que a situação de sorodiscordância persiste em diferenciar os parceiros e, decerto, como alguns relatos demonstraram, o preservativo configura-se como uma das barreiras que separa os parceiros evidenciando estas diferenças.

Asha Persson (2015) aponta para uma possível articulação de novas identidades em relação ao HIV (tais como “indetectável”, “HIV igual” e “HIV neutro”) a partir da crescente biomedicalização da saúde pública e de um discurso aliado de “normalização”. Cogita-se que a emergência gradual de um movimento mais amplo de luta pela ressignificação das pessoas que convivem com o HIV poderia, na verdade, desmarginalizar relacionamentos e sexualidades estigmatizadas. A pedra de toque é que as novas identidades desestabilizassem a habitual “soro-divisão” entre aqueles com e sem o HIV.

Nesse sentido, haveria um papel político na ressignificação da ideia de risco e ameaça atrelados aos casais sorodiscordantes. Ao desvincular a diferença sorológica de histórias sexuais marginalizadas e estigmatizantes, poder-se-ia promover novas formas de cidadania, sendo esta um tipo de “cidadania da intimidade” (PERSSON, 2015). À luz da “cidadania farmacêutica” de Ecks (2008), Arsha Persson (2015, p. 2) pensa como a biomedicalização pode proporcionar aos casais sorodiscordantes “o poder de os remover da marginalidade e capacitar as pessoas estigmatizadas e desfavorecidas para reintroduzir à sociedade e recuperar o seu estatuto de cidadania plena”.

A reflexão sobre cidadania nos remete aos relatos dos casais que desejavam ter filhos e que, diante da falta de opções mais seguras, ou de pedidos da equipe médica para “esperar um pouco”, assumiram o risco de tê-los. Especula-se que a possibilidade de uso da PrEP poderia resguardar-lhes o direito ao planejamento familiar, à definição do “momento certo”, bem como o direito à saúde por meio da diminuição do risco de contaminação do parceiro sem o vírus.

Para Arsha Persson (2015), a TASP – juntamente com um movimento de luta pela reconfiguração de identidades relacionadas ao HIV – poderia ser uma ponte que ligaria os parceiros com sorologias distintas para o HIV, esvaziando a diferenciação entre pessoas com e sem o vírus. Não estamos certos se a PrEP forneceria uma ponte que diminuiria a diferenciação entre os parceiros e desacoplaria a sorodiscordância das acepções de risco, uma vez que ainda não temos essa política de prevenção instaurada no Brasil – logo,

não temos base empírica para tal assertiva –, porém, seguindo as indicações de Persson, especulamos que as tecnologias médicas direcionadas às pessoas que convivem com o HIV talvez possam permitir novas formas de intercâmbio e subjetividade, sobretudo para os casais sorodiscordantes.

Considerações finais

Ainda que recente, a implementação da Profilaxia Pré-exposição no Brasil nos desperta muitas reflexões. Se, de um lado, talvez ela possa ajudar os casais sorodiscordantes a se libertar do espectro do risco nas relações sexuais, do estigma e da divisão que a diferença sorológica talvez produza; por outro, não esqueçamos que a biomedicalização pode se transformar em mais uma ferramenta de controle e disciplina dos corpos (e da sexualidade), assim como ainda não se sabe ao certo a complexidade do uso contínuo em longo prazo (risco decorrentes da baixa imunidade).

Outra questão se refere aos sentidos atribuídos ao uso da medicação. Alguns parceiros HIV- recorreram a um discurso em que tentam demonstrar que não são vulneráveis ao vírus: um disse “eu sou inigualável”, o outro, “isso não pega, sou pulso forte”; então, refletindo sobre essas falas, talvez a medicação não seja uma opção. Da mesma maneira, a relação usual entre medicação e doença pode fazer com que a pessoa que não tem o vírus se sinta doente ao ter que fazer uso da PrEP e, com isso, não queira ser percebida como HIV+. E mais, uma pessoa que está saudável pode não querer enfrentar as possíveis modificações que o remédio diário possa trazer para toda sua vida.

Além disso, não podemos desconsiderar que, em torno da questão da biomedicalização – através da estratégia global de tratamento com prevenção –, surgem questionamentos sobre a possibilidade de se instaurar novas formas de governabilidade e controle sobre os corpos, bem como de a normalização redundar em uma maior pressão dentro da relação sorodiscordante para o abandono da prevenção combinada, e, com isso, ampliando o risco de transmissão, caso não seja feito o uso correto (e diário) da medicação, bem como outras questões, tais como as infecções sexualmente transmissíveis. No debate sobre a questão, ativistas que participavam da Conferência Internacional de Aids (realizada na Austrália, em 2014) demonstraram preocupação com o uso antecipado da medicação, pois vislumbram um viés autoritário do “tratamento como prevenção”, o que poderia resvalar numa ameaça aos direitos humanos, uma vez que para o indivíduo que tem a imunidade normal (seja HIV+, ou não) o tratamento pode provocar uma série de efeitos colaterais. Longe de ser um consenso, a questão da PrEP tem dividido os ativistas e os profissionais de saúde. Ao lado de tal discussão, levantam-se indagações sobre o acesso à medicação e a disponibilização, por

parte dos profissionais de saúde, das informações necessárias para que a pessoa decida de maneira esclarecida sobre iniciar ou não o tratamento.

Enfim, o cenário atual é de questionamentos, de repensar, de expectativa sobre os rumos do tratamento e da prevenção. De certo, o que temos é uma série de descobertas que prometem redefinir o enfrentamento ao HIV/Aids, e a PrEP tem sido uma das principais delas. Na medida em que o cenário econômico, político e social do Brasil é complexo e permeado de retrocessos nos direitos sociais, espera-se que o debate sobre a PrEP, e sua implementação, continuem na agenda da política de prevenção ao HIV/Aids, e que tanto as implicações de seu uso quanto a sua disponibilização sejam tematizadas na extensão de seus efeitos preventivos (e colaterais) e na possibilidade de uso daqueles em risco de infecção pelo vírus.

Referências

- BOZON, M. **Sociologia da sexualidade**. Rio de Janeiro: Ed. da FGV, 2004.
- BECK, U. **Sociedade de Risco**: rumo a uma outra modernidade. São Paulo: Ed. 34, 2010.
- AMORIM, C. M.; SZAPIRO, A. M. Analisando a problemática do risco em casais que vivem em situação de sorodiscordância. **Ciência e Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v 13, n. 6., nov./dez. 2008.
- BARBOSA, R. M. Negociação sexual ou sexo negociado? Poder, gênero e sexualidade em tempos de Aids. In: REGINA, M. B; RICHARD P. **Sexualidades pelo Averso**: Direitos, Identidades e Poder. São Paulo; Rio de Janeiro: Ed. 34/Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1999. p. 73-88.
- BOLETIM AIDS — CASOS DE AIDS ACUMULADOS ESTADO DA PARAÍBA — SINANW, Versão 5.2 — Governo do Estado da Paraíba: Secretaria de Estado da Saúde, Coordenação de Vigilância Epidemiológica, Núcleo de Controle DST/Aids, 2005.
- BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO - AIDS E DST. Ano VII, nº I, Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2010.
- CARVALHO, S. R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, Sup 2, p. 2029-2040, 2008.
- ESTUDO PrEP Brasil. Disponível em: <<http://prepbrasil.com.br/pesquisa-prep-brasil/>>. Acesso em: 28 fev. 2017.
- FRANCH, M. et al. (orgs). **Novas Abordagens para Casais Sorodiferentes**. João Pessoa: GRUPESSC; Manufatura, 2001.

FRANCH, M; PERUSSI, A. A sorodiscordância em João Pessoa: conjugalidade e atendimento aos casais. In: FRANCH, M. et al. **Novas Abordagens para Casais Sorodiferentes**. João Pessoa: GRUPESSC; Manufatura, 2001. p. 51-69.

GAGNON, J. H. **Uma interpretação do desejo**. Ensaios sobre o estudo da sexualidade. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

KNAUTH, D. R. A 'sorodiscordância': questões conceituais e projetos em andamento – Comentários. In: MAKSDUD, I. et al. (orgs.). **Conjugalidade e AIDS: a questão da sorodiscordância e os serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 2003.

KNAUTH, D. R. et al. Cultura médica e decisões reprodutivas entre mulheres infectadas pelo vírus da Aids. **Interface** [online], Botucatu, v. 6, n. 11, p. 39-54, 2002.

MAKSUD, I. **Casais sorodiscordantes: conjugalidade, práticas sexuais e HIV/Aids**. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

POLÍTICA brasileira de tratamento como prevenção é destaque na Conferência Internacional de Aids. Disponível em: <http://agenciaaids.com.br/home/noticias/volta_item/22531>. Acesso em: 1 mar. 2017.

PERSSON, A. The world has changed': Pharmaceutical citizenship and the reimagining of sorodiscordant sexuality among couples with mixed HIV status in Australia. **Sociology of Health & Illness**, v. xx, n. xx, pp. 1–16, 2015.

PERSSON, A.; ELLARD, J.; NEWMAN, C. Bridging the HIV Divide: Stigma, Stories and Serodiscordant Sexuality in the Biomedical Age. **Sexuality & Culture An Interdisciplinary Quarterly**, New York, v. 19, n. 3, set. 2015.

RAXACH, J. Modelo Hierárquico de Prevenção de DST/Aids para Diferentes Tipos de Práticas Sexuais. In: FRANCH, M. et al. (orgs). **Novas Abordagens para Casais Sorodiferentes**. João Pessoa: GRUPESSC; Manufatura, 2011. p. 105-110.

SILVA, L. A.; IRIART, J. A. Práticas e sentidos do barebacking entre homens que vivem com HIV e fazem sexo com homens. **Interface Comunicação, Saúde e Educação**, 2010.

SILVA, L. M. da F. **Fazendo a diferença: as dinâmicas da conjugalidade sorodiscordante para o HIV/Aids**. 2012. Tese (Doutorado em Sociologia) - Programa de Pós-graduação em Sociologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012.

CAPÍTULO 9

Produzindo embriões, negociando qualidade: uma análise do uso de imagens e escores para o uso de embriões em uma clínica de Reprodução Assistida em Porto Alegre

Débora Allebrandt

A reprodução assistida (RA) é composta de um conjunto de técnicas de baixa e alta complexidade desenvolvidas, exploradas e popularizadas pelo menos desde os anos 1960. A imagem mais comumente associada a essa técnica é a do “bebê de proveta”. Trata-se da utilização da técnica denominada Fertilização *in vitro* (FIV), exitosa em 1978, quando nasceu Louise Brown, na Inglaterra. Esse evento constituiu uma grande ruptura na reprodução assistida: a possibilidade de produzir um embrião fora do corpo. Parte do sucesso desse empreendimento se deve ao desenvolvimento de hormônios de estimulação ovariana e mecanismos de punção dos oócitos¹ produzidos nos ciclos estimulados. São essas técnicas que permitem a abundância de material biogenético nos ciclos reprodutivos e, em última instância, encadearão a necessidade de técnicas de criopreservação desses embriões, abrindo o caminho para a questão sobre a qual me debruço aqui: a necessidade de escolher quais embriões serão implantados ou criopreservados. Está implícita, nessa escolha, a necessidade de considerar a qualidade dos embriões.

Nesse capítulo, busco analisar uma técnica relativamente nova da RA. O “Graduate embryo score” (GRE). Essa técnica consiste em avaliar os diferentes estágios dos embriões a partir de “notas” ou escores, que somam um valor máximo de 100 pontos. Trata-se de uma nota para os três momentos do desenvolvimento embrionário². Segundo os estudos que consolidaram a utilização dessa técnica, ela permite selecionar os embriões com uma maior

¹ Óvulos, ovócitos e oócitos são termos êmicos do campo da embriologia e reprodução assistida. Profissionais da saúde costumam utilizar o termo óvulos, já embriologistas preferem ovócitos ou oócitos. Os ovócitos ou oócitos são células germinativas femininas ou células sexuais produzidas nos ovários.

² Eles estão demarcados nas 16-18h; 25-27h e 64-67h a partir da fecundação. O método que avalia esses três estágios de desenvolvimento embrionário pode ser consultado em Fisch (2001) As razões que delimitam esses três momentos como marcadores serão devidamente analisadas em outros trabalhos. Aqui, gostaria de acentuar que há, nessa escolha, pressupostos que fazem parte da construção do saber científico e que foram muito discutidos nos estudos sociais da ciência (KNORR-CETINA, 1999; LATOUR, 2005)☒.

chance de nidadação³ e, como consequência, mais aptos para produzir uma gestação.

Na clínica onde realizei minhas pesquisas, há um uso diferenciado dessa técnica. O escore final é inserido abaixo de uma imagem do embrião e é utilizado pelos médicos e clientes para a escolha de *quais* e *quantos* embriões serão implantados nesse ciclo de tratamento. Esse material também embasa decisões acerca do destino dos embriões suplementares. Diante de tal prática, nesse artigo, busco explorar os impactos do uso do duo "imagem/escore" para negociação do tratamento para os profissionais da saúde que atuam nessa clínica e também para os clientes que, com a ajuda dessas informações, tomam decisões cruciais sobre seu tratamento.

Essa discussão não pode ser isolada do contexto científico e político que regulamenta, desde 2005, a possibilidade da doação de gametas para pesquisa e a instituição, em 2008, do Sistema Nacional de Produção de Embriões (SisEmbrio). Desse modo, para além de abordar quais as implicações dessa técnica no plano da experiência pessoal de clientes e clínica na gestão e produção de conhecimento sobre embriões, explorarei as interseccionalidades na elaboração de uma política de ciência, responsabilidade e ética sobre o uso e destino de embriões.

Iniciamos esse texto pensando os caminhos para molecularização da RA, analisando especificidades da regulamentação brasileira para doação de óvulos. Em seguida, exploramos o Graduate Embryo Score como técnica na RA e seus usos práticos associados com imagens na clínica de RA onde realizei minhas pesquisas. Concluo esse capítulo examinando um dos destinos possíveis para embriões excedentes no Brasil: a doação para pesquisa.

Depois da FIV: caminhos para a molecularização da RA

Muito já se falou em como o sucesso da FIV marcou a RA. Pode-se dizer que essa técnica foi a responsável pela popularização, ruptura de preconceitos e estigmas que envolviam a infertilidade e possibilitou, através de modos de intervenção na natureza, o enfrentamento de um suposto "destino" reprodutivo. Com a FIV, sobretudo com o desenvolvimento das terapias de estimulação ovariana que possibilitaram o desenvolvimento dessa técnica, muito mudou na forma e percepção dessa tecnologia no campo reprodutivo. O nascimento de Louise Brown permitiu que a eficiência do tratamento fosse comprovada e o sucesso da FIV se tornou sinônimo e possibilidade de produzir mais embriões e aumentar as chances de sucesso na transferência.

³ Processo de implantação do embrião no útero.

Marlyn Strathern (1991; 1999) argumenta que a principal porta que se abriu com o desenvolvimento dessas técnicas foi a transição local de tratamento e intervenção: de dentro para fora do corpo. Essa mudança permitiu que novas possibilidades e agentes fizessem parte dessa esfera da reprodução. Com a passagem do local de intervenção para fora do corpo, é possível que mulheres doem óvulos, assim como os homens doam esperma; é possível que mulheres gestem bebês para outrem; é possível analisar geneticamente os embriões produzidos e criopreservar os excedentes⁴.

Essa passagem pode ser resultado também de uma mudança na biomedicina. Segundo Rose, desde os anos 1960 a biomedicina está mudando progressivamente seu modo de intervenção. Trata-se da passagem da esfera molar à esfera molecular. A esfera molar refere-se ao tratamento e intervenção no corpo, suas partes entendidas através de sistemas e patologias. Já a esfera molecular faz parte de uma intervenção que não é materializada visivelmente:

O conhecimento molecular da vida que assumiu forma desde os anos 1960 tem sido ligado a toda sorte de técnicas de experimentação altamente sofisticadas que intervieram na vida nesse nível molecular – não depois do evento, mas no processo mesmo da própria descoberta –, como, por exemplo, nas técnicas de cortar e juntar o gene, a relação em cadeia da polimerase para a criação de múltiplas cópias de segmentos exatos de DNA fora de sistemas vivos, a fabricação personalizada de sequências de DNA por encomenda, a fabricação de organismos com ou sem sequências específicas de genes. O laboratório tornou-se um tipo de fábrica para a criação de novas formas de vida molecular. E ao agir assim, está fabricando uma nova forma de compreensão da vida (ROSE, 2013, p. 27-28).

Desse modo, há na RA uma molecularização da reprodução⁵. A molecularização das técnicas e intervenções sobre o corpo visam alcançar potencialidades e dialogam com o idioma da eficiência desses tratamentos.

Com o objetivo de maximizar a "eficiência" do tratamento, tornou-se necessário produzir mais embriões por ciclo, e, portanto, fez-se necessário produzir mais óvulos. É preciso pontuar um importante diferencial no contexto brasileiro. Se em países como EUA e Canadá é permitido para uma mulher "saudável" doar seus óvulos voluntariamente ou em troca de uma compensação financeira, no Brasil, espera-se que apenas mulheres em

⁴ Cooper e Waldby (2014) chamam essas e outras práticas de "*clinical labor*". Trata-se do trabalho em contexto clínico de doadores de tecidos como os gametas que questiona as intersecções entre o desenvolvimento da ciência e direitos desses sujeitos numa "bioeconomia global".

⁵ Explorarei adiante como essa característica se manifesta na utilização da técnica GES.

tratamento o façam, numa prática de partilha de óvulos. Essa prática conhecida também como "eggsharing" é administrada pelas clínicas de RA. Em geral, uma mulher mais "pobre", ou sem condições de financiar o custoso tratamento, partilha seus óvulos em troca do tratamento que é pago por uma outra mulher mais "rica"⁶.

No Brasil, não há uma legislação regulamentando as práticas de RA. Além disso, os serviços públicos que oferecem esses tratamentos são ainda esparsos, deixando o monopólio dessas técnicas às clínicas e centros de reprodução privados. É importante situar que há apenas o conjunto de recomendações do Conselho Federal de Medicina agindo como parâmetro das condutas. Em 2013, pela primeira vez desde a vigência da resolução sobre RA, que teve sua primeira versão publicada em 1990, fala-se sobre a doação de óvulos.

Art. IV

- 1- A doação não poderá ter caráter lucrativo ou comercial.
- 2- Os doadores não devem conhecer a identidade dos receptores e vice-versa.
- 3- A idade limite para a doação de gametas é de 35 anos para a mulher e de 50 anos para o homem.
- 4- Será mantido, obrigatoriamente, o sigilo sobre a identidade dos doadores de gametas e embriões, bem como dos receptores. Em situações especiais, informações sobre os doadores, por motivação médica, podem ser fornecidas exclusivamente para médicos, resguardando-se a identidade civil do(a) doador(a).
- 5- As clínicas, centros ou serviços onde é feita a doação devem manter, de forma permanente, um registro com dados clínicos de caráter geral, características fenotípicas e uma amostra de material celular dos doadores, de acordo com legislação vigente.
- 6- Na região de localização da unidade, o registro dos nascimentos evitará que um(a) doador(a) tenha produzido mais de duas gestações de crianças de sexos diferentes em uma área de um milhão de habitantes.
- 7- A escolha dos doadores é de responsabilidade do médico assistente. Dentro do possível, deverá garantir que o(a) doador(a) tenha a maior semelhança fenotípica e a máxima possibilidade de compatibilidade com a receptora.
- 8- Não será permitido aos médicos, funcionários e demais integrantes da equipe multidisciplinar das clínicas, unidades

⁶ O conceito de reprodução estratificada foi originalmente elaborado por Colen (1995) para as relações de cuidado entre babás e as crianças para quem prestavam seus serviços num contexto capitalista de exploração do trabalho. Esse conceito foi transportado para a reprodução assistida por Inhorn e Balen (2002) para expressar a relação entre aquelas que podem/precisam doar e aquelas que podem pagar pelo tratamento de outrem. Esse conceito trabalha o modo como algumas mulheres podem se reproduzir fazendo uso das tecnologias disponíveis enquanto outras não.

ou serviços, participarem como doadores nos programas de RA.

9- É permitida a doação voluntária de gametas masculinos, bem como a situação identificada como doação compartilhada de oócitos em RA, em que doadora e receptora, *participando como portadoras de problemas de reprodução*, compartilham tanto do material biológico quanto dos custos financeiros que envolvem o procedimento de RA. *A doadora tem preferência sobre o material biológico que será produzido.* (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, Resolução 2.013/2013, grifo meu).

A combinação da estimulação ovariana e da crioconservação de embriões possibilita um melhor aproveitamento desses custosos tratamentos, pois caso na primeira tentativa não se tenha sucesso, é possível realizar outra tentativa com os embriões congelados. Desse modo, é a relativa facilidade com que se produzem óvulos hoje que leva à problematização acerca da qualidade e conservação dos embriões. Por exemplo, um "bom" ciclo de estimulação ovariana produz de 8 a 12 óvulos. Esses óvulos resultarão na produção de até 8-12 embriões. Porém, nem todos esses poderão ser transferidos num mesmo ciclo.

Trata-se de uma limitação da Resolução do Conselho Federal de Medicina (2.021 de 2015), na qual é recomendado o número máximo de embriões a serem implantados por ciclo.

O número máximo de oócitos e embriões a serem transferidos para a receptora não pode ser superior a quatro. Quanto ao número de embriões a serem transferidos, fazem-se as seguintes determinações de acordo com a idade: a) mulheres até 35 anos: até 2 embriões; b) mulheres entre 36 e 39 anos: até 3 embriões; c) mulheres com 40 anos ou mais: até 4 embriões; d) nas situações de doação de óvulos e embriões, considera-se a idade da doadora no momento da coleta dos óvulos.

Nesse contexto, em que há, por um lado, o aumento na produção de embriões pelo desenvolvimento das técnicas de reprodução assistida e, por outro lado, uma limitação do número de embriões a serem implantados, faz-se necessária uma escolha. Como fazê-la é o objetivo do Graduate embryo score.

Graduate Embryo Score(GES): um escore vale mais do que mil palavras?

Em 2007, quando fiz parte de uma pesquisa que mapeava os serviços de reprodução assistida no estado do Rio Grande do Sul (ALLEBRANDT; MACEDO, 2007), a produção de múltiplos embriões ainda não gerava uma preocupação consolidada sobre como aferir a qualidade dos mesmos. Na época, o problema a ser contornado, além de preocupação compartilhada entre muitos profissionais da saúde, era a síndrome de hiperestimulação ovariana (SHO). Atualmente, ela não parece estar presente ⁷.

Ao entrevistar embriologistas em 2007, esses profissionais explicitavam seus critérios para aferir se um embrião estava apto ou não para ser transferido. No vocabulário técnico, havia termos como simetria, número de células e fragmentação. Hoje, o objetivo das clínicas que aderiram ao GES é fornecer uma avaliação mais precisa acerca da potencialidade de implantação desses embriões. Os escores são introduzidos nessa avaliação como mais precisos e científicos.

Para Bharadwaj (2012) e Thompson(2014), que exploram as relações entre “good” e “bad science” em diferentes contextos de pesquisa com células-tronco, o termo “good science” faz referência a um certo padrão de qualidade e cientificidade que faz parte da realização da pesquisa moderna e também dos indissociáveis aspectos éticos desse tipo de pesquisa. A “boa ciência” é aquela que adere aos paradigmas éticos e princípios de cientificidade hegemônicos. Tais princípios não são necessariamente relacionados com os resultados ou aplicabilidade dessas técnicas⁸, mas serão reconhecidos pela sua adequação às normas bioéticas vigentes. A partir da proposta analítica dos autores, podemos tentar entender porque algumas técnicas são privilegiadas em detrimento de outras. Examinemos mais de perto o que o GES propõe.

Essa técnica é resultado do trabalho de Fisch et al. (2001), baseado na classificação de 983 embriões de 110 pacientes. Segundo os autores, a utilização do GES é uma forma de potencializar a taxa de implantação dos embriões transferidos. Para tanto, o GES avalia os embriões em três fases, conforme a tabela abaixo, extraída do artigo de Fisch et al.

⁷ A Síndrome de Hiperestimulação Ovariana (SHO), muito debatida e sinônimo de risco na RA, foi enfaticamente descartada por um dos médicos do centro de reprodução humana onde realizei minha pesquisa. Para ele, a SHO não existe mais. Isso se deve ao avanço no controle e melhor conhecimento dos efeitos indesejados dos medicamentos de estimulação ovariana. Essa mudança poderia ser lida como a transição de uma arena experimental para uma consolidação científica do tratamento.

⁸ Bharadwaj (2013), por exemplo, trabalha com a utilização de terapias experimentais de células-tronco realizadas por uma pesquisadora que o autor caracteriza como “maverick”. Nesse trabalho, o autor pode perceber que há sucesso na aplicação dessas técnicas, mas os resultados obtidos pela pesquisadora não são reconhecidos pela comunidade científica internacional, por não seguirem procedimentos bioéticos como a construção de um grupo de controle em que alguns receberão a terapia e outros placebo.

Tabela 1 - Graduated Embryo Scoring of cleavage-stage of embryos

Evaluation	Hours after insemination	Developmental milestone	Score
1	16-18	Nucleoli aligned along pronuclear axis	20
2	25-27	Cleavage regular and symmetrical fragmentation ^a	30
		Absent	30
		<20%	25
		>20%	0
3	64-67	Cell number and grade ^b	
		7, I; 8, I; 8, II; 9, I	20
		7, II; 9, II; 10, I; 11, I; compacting I	10
Total score			100

^a If the embryo was not cleaved at 25-27h, grading of fragmentation should occur at the 64-67h evaluation.

^b Grade I – symmetrical blastomeres and absent fragmentation; grade II – slightly uneven blastomeres and <20% fragmentation; grade III – uneven blastomeres and >20% fragmentation

Fonte: Fisch et al. (2001, p. 1972).

Nessa tabela, vemos explicitados os progressos esperados em cada um dos embriões nas fases horárias que advêm de seu desenvolvimento. Segundo os autores, os embriões que apresentaram escore superior a 70 tiveram uma taxa consideravelmente superior de implantação⁹.

Cinquenta e seis pacientes (51%) têm gestação em andamento de 294 embriões transferidos. Entre pacientes com a transferência de pelo menos 1 embrião cujo escore foi > ou = 70, a taxa de gravidez foi de 59% comparada com 34% se todos os embriões tiveram um escore < 70. A taxa geral de implantação foi de 28%. Entre os embriões cujo escore era de 70-100, uma implantação de 39% foi encontrada; comparativamente uma taxa de 24% entre embriões cujo escore foi de 0-65. (FISCH et al., 2001, p. 1970, tradução minha).¹⁰

⁹ Há ainda outro objetivo dessa técnica: avaliar qual embrião tem maior potencial de se tornar um blastocisto (embrião de 120 células) que quando criopreservado tem uma maior chance de preservação para a transferência.

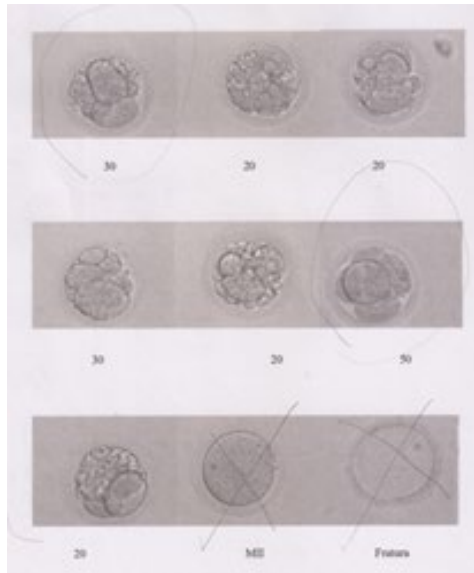
¹⁰ Na versão original, lê-se: "Fifty-six patients (51%) conceived on-going gestations from 294 transferred embryos. In patients with at least one transferred embryo scoring > or =70, the pregnancy rate was 59% compared with 34% if all embryos scored <70. The overall implantation rate was 28%. Among

É possível notar que a fragmentação e simetria são os componentes que regem o GES, da mesma forma que essas duas características faziam parte do vocabulário técnico dos embriologistas com quem conversei em 2007. No relato de Fisch, são tomados como dado que noções de simetria e fragmentação sejam comuns e partilhadas pelos embriologistas que aplicam essa técnica. A diferença entre o modo técnico como se avaliava os embriões em 2007 e em 2014 parece residir não na aquisição de uma técnica, mas na transformação desse “olhar especializado” em uma normativa que atribui valores às percepções dos especialistas. Dito de outro modo, não há no texto de Fisch nenhuma problematização sobre a construção de uma ferramenta que guie o olhar que determina quando há fragmentação menor ou maior que 20%. Não é novo que nos procedimentos científicos não exista espaço para discutir subjetividades, já que a aura de objetividade desses procedimentos seria ferida com esse tipo de reflexão. Ao comparar o modo de avaliação antes do GES com esse novo procedimento, não vemos diferenças significativas, mas a construção de pressupostos, ou no vocabulário latouriano, caixas-pretas. Trata-se do estabelecimento de momentos precisos do desenvolvimento embrionário e a avaliação desse desenvolvimento nesse tempo preciso. Se tomarmos um embrião produzido há três dias e avaliarmos sua fragmentação e simetria sem levar em conta as faixas horárias consideradas na GES, ele poderá obter um *score* superior. Imaginemos que esse mesmo embrião foi avaliado pelas etapas de desenvolvimento consideradas pelo GES e, na primeira fase, não havia se dividido. Isso reduz esse embrião automaticamente para um *score* 80, já que perde os primeiros 20 pontos. O leitor atento poderá inferir que 80 ainda é um bom *score*, não é mesmo? Com certeza. Isso posto, se nosso entendimento está correto, as duas técnicas parecem produzir resultados bastante semelhantes. Cabe perguntar por que uma delas é vista como mais científica e precisa que a outra.

A avaliação dos embriões realizada *antes* do GES poderia ser entendida como "*bad science*", já que é baseada em uma série de aferições pouco normalizadas, o método proposto pelo GES seria a epifania de uma "*good science*". Podemos nos perguntar em meio à comparação desses procedimentos, aonde reside a diferença entre boa e má ciência. Estaria ela na normalização dos procedimentos ou na suposta validade dos dados, envolvendo fases e *scores* que, combinados, oferecem um resultado preciso, baseado em estudos de larga escala? Ou seria a boa ciência aquela baseada em pressupostos? (BHARADWAJ, 2012; THOMPSON, 2014).

embryos scoring 70-100, an implantation rate of 39% was seen, compared with 24% among embryos scoring 0-65."

Imagens e escores: a combinação que vale mais que mil palavras?



"Eu não deixo mais que uma paciente faça a transferência sem ver os embriões. [...] Eu uso essa folhinha [pega uma pilha de folhas com imagens de embriões, nome das pacientes, data e o tipo de procedimento no armário atrás de sua mesa]. Porque você sabe, é um tratamento caro e você não vê sempre o resultado... isso ajuda também a explicar porque não está dando certo. Olha esse aqui por exemplo [mostra a imagem 1]... ela, com ela está tudo certo. A estimulação foi um sucesso. Mas o esperma, ele, ele é o problema. Ai você tem aquele monte de óvulos que viram esses embriões aqui... tudo ruim..."

Na clínica onde realizei minha pesquisa, o GES era utilizado diretamente para negociar com os clientes quais embriões seriam implantados e qual seria o destino dos demais embriões. Tornou-se uma prática corrente apresentar as fotos dos embriões aos clientes antes da transferência. O médico chefe dessa clínica me explicava em uma de nossas conversas a razão dessa estratégia:

Pragmaticamente, esse tipo de contato com procedimentos pouco visíveis, e até mesmo moleculares, age concreta e simbolicamente em **quatro** esferas.

A primeira é uma prestação de contas do trabalho laboratorial. Trata-se de demonstrar o que tem sido feito no laboratório e explicar, em parte, que o grande investimento na RA não foi somente para a injeção de um "líquido transparente" (GRUDZINSKI, 2009). Em um segundo momento, ver os embriões pode ajudar a produzir um bom resultado no tratamento, deixando os clientes mais otimistas em relação a bons resultados. Um terceiro momento, quando as imagens aferem que os embriões têm uma "qualidade ruim", essas imagens/escores se tornam uma ferramenta para ajudar a esclarecer os casais sobre a baixa possibilidade de sucesso da utilização dessas técnicas, apontando, muitas vezes, a necessidade de utilização de técnicas complementares, como a utilização de gametas heterólogas. Finalmente, o duo escore/imagem pode auxiliar na decisão de quais embriões transferir e se é interessante criopreservar ou doar para a pesquisa os embriões supranumerários.

É possível afirmar que nessas quatro esferas de interação entre imagem e escores, ou aplicações de estilos de pensamento (FLECK, 2008), há uma tentativa de transição de entendimentos e práticas de ação de uma medicina molar a uma molecular. Ainda que, como destaca Rose (2001), a medicina tenha se encaminhado para tratamentos e intervenções moleculares, o que a prática da utilização do GES na clínica de RA, onde realizei minha pesquisa, parece apontar para tensões no fluxo e ênfase na medicina molecular. A utilização das imagens e dos escores tenta trazer a molaridade a esses elementos moleculares, ainda que, na prática, a preocupação seja instrumentalizar preocupações como as do exemplo supracitado. Nele, há um desejo de mostrar que o tratamento não tem muitas chances de dar certo se continuarem utilizando o sêmen homólogo. A necessidade de utilização de um doador é evidente para o médico chefe, mas ele não tem conseguido convencer o casal, nem com a utilização dessas poderosas imagens.

Existe ainda um certo uso da imagem, dessa vez isolada dos escores. Trata-se de uma inversão da expressão coloquial "uma imagem vale mais do que mil palavras". Tal inversão baseia-se na percepção de que "um escore vale mais do que mil palavras", valorando mais uma vez os aspectos científicos do GES. Essa estratégia é utilizada quando a equipe não quer "desmotivar" os clientes com os resultados ruins. O médico chefe explica:

Têm casos e casos. Algumas pacientes você conhece e sabe que não pode minar a confiança. Eu mostro o resultado, explico qual é o melhor e então fazemos a transferência. Mas é claro que se você mostra um embrião com o score 20... aí

ela já vai se sentir desmotivada... e não é isso que a gente quer pro dia da transferência... mas acontece...

As dinâmicas que envolvem o uso da GES são muitas e envolvem diversas camadas de complexas relações e conexões. Há um interesse das clínicas de RA em deixar para trás um passado de experimentalidade e oferecer técnicas que ajudem a reproduzir confiança e eficiência do tratamento. Essa técnica é utilizada para comprovar que o tratamento foi realmente realizado e é uma ferramenta de convencimento para a mudança no tipo de tratamento. O uso dos escores pode ser omitido para evitar que ocorra um efeito negativo, caso acredite-se que isso poderá ser negativo para as pacientes. Ainda se utiliza essa técnica para decidir sobre o destino dos embriões supranumerários. Para que essa última prática faça sentido, é preciso explorar alguns aspectos políticos que envolvem o agenciamento desses tecidos no contexto da pesquisa que produziu essa reflexão.

Regulando a pesquisa com embriões

Um intenso debate cerceou a regulamentação da pesquisa com células-tronco embrionárias no Brasil em 2005. Trata-se do período de aprovação da Lei de Biossegurança (Lei nº 11.105/2005) (CESARINO, 2007; FONSECA, 2007). Conforme essa lei, a pesquisa com embriões passa a ser permitida no Brasil. No entanto, o caminho não é tão direto quanto se gostaria.

Em 2008, para implementar um controle dos embriões que foram produzidos, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) publicou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 29. Através dessa regulamentação, foi criado o SisEmbryo, um banco de dados acerca da manipulação dos tecidos germinativos em todo o Brasil. Para tanto, as clínicas e centros de reprodução assistida deverão fornecer anualmente os dados relativos ao número de óvulos produzidos, fecundados, transferidos e doados para a pesquisa.

É interessante notar que após a consolidação desse contexto jurídico, foi necessário que os clientes dos centros de RA produzissem um consentimento para doação para pesquisa. Esse consentimento deve ser escrito de próprio punho no contrato de prestação de serviços. Com a possibilidade de doação para a pesquisa, os embriões cujo destino escolhido foi esse são confiados às clínicas de RA para o eventual repasse a uma pesquisa.

No entanto, o repasse para as pesquisas tem se demonstrado bastante intrincado. O chefe da clínica onde realizei minha pesquisa costuma afirmar que pesquisas com células-tronco embrionárias não existem no Brasil. Nos primeiros anos do SisEmbryo, era prática corrente das clínicas de RA enviar

os dados de embriões que haviam sido destinados à pesquisa como embriões já doados à pesquisa, conforme a Tabela 2. Assim, houve uma “inflação” de embriões realmente utilizados para esse fim, e os dados de embriões efetivamente doados para pesquisa foram retificados, conforme a tabela.

Tabela 2 – Comparativo do levantamento do total de embriões doados para pesquisa

TOTAL DE EMBRIÕES DOADOS PARA PESQUISA 2007-2013		TOTAL DE EMBRIÕES DOADOS PARA PESQUISA 2007-2014	
Ano	Número de embriões doados	Ano	Número de embriões doados
2007	643	2007	-
2008	382	2008	220
2009	490	2009	74
2010	748	2010	194
2011	1322	2011	29
2012	315	2012	-
2013	1231	2013	366
		2014	227
Total	5131	Total	1110

Fonte: SisEmbrio/Anvisa 2010, dados obtidos em 27/03/2014 e SisEmbrio/Anvisa 2015, dados obtidos em 20/02/2015.

Cabe dizer que, em 2014, apenas 100 embriões no estado de São Paulo foram doados para pesquisa (SISEMBRIO, 2015). Essa ausência de embriões aplicados em pesquisa começa a inquietar as clínicas de reprodução humana que têm em seus tanques um número difícil de estimar¹¹.

Apesar desse contexto, todos os anos as clínicas de RA contatam seus clientes que têm material criopreservado. Durante minhas tardes na clínica, pude presenciar esse ritual de ligações. Muitas vezes conversas coloquiais, outras com longos silêncios da parte da embriologista que atuava do outro lado da linha. Nessas negociações, outros embriões encontram seus "novos destinos" (ALLEBRANDT, 2016). Destinos esses que, por diversos agenciamentos das políticas da ciência, que ainda nos resta explorar, permanecem no mesmo local.

A GES vem se associar à escolha do destino de embriões como uma ferramenta para aferir sua qualidade. Se no início da RA era regra que todo o material biológico produzido fosse criopreservado, num misto de respeito com a manipulação da vida e aproveitamento dos recursos produzidos pela RA,

¹¹ Um dos desenvolvimentos dessa pesquisa tem encontrado um fértil debate na exploração dos caminhos truncados para a utilização desses embriões em pesquisa, buscando entender quais são os entraves e as motivações que estão envolvidos nesse processo.

hoje há, através da utilização dessa técnica, uma outra percepção da maximização e potencialidades dos embriões. Trata-se da sua utilização para pesquisa¹². O equívoco no tratamento de dados do SisEmbrio revela, na Tabela 2, as intenções de doações de embriões para pesquisa. Há nesses números pistas para o entendimento de epistemologias cívicas e o quanto o avanço da ciência através do desenvolvimento de pesquisas com células-tronco parece ser um caminho para o almejado “progresso”.

Enquanto embriões são doados e cuidadosamente reportados, a cada ano, no preenchimento do SisEmbrio, as tão esperadas pesquisas com células-tronco ainda parecem não ter sido encampadas pela comunidade científica. Não podemos afirmar quais são as razões para isso. Daniela Mânica (2016), em seus trabalhos mais recentes, tem mostrado como há interesse em pesquisas com células-tronco – que têm sido extraídas, por exemplo, do sangue menstrual.

O paralelo entre o material “descartável” e “impuro” do sangue menstrual com a “pureza” e “potência” do embrião faz pensar sobre como relações simbólicas com esse conjunto de células e sua natureza podem informar decisões e éticas sobre seu uso que ultrapassam as regulações da política da ciência e a legislação específica. A possibilidade, garantida pela lei, de realização de pesquisas com células-tronco embrionárias parece ter esquecido importantes fatores de contextualização do embrião. Quando surgiram as novas tecnologias reprodutivas, num inspirador texto, Salém et al. (1995) problematizaram as transformações e significados dessas mudanças para o entendimento do que é um embrião. Acredito que os usos práticos da GES e o possível destino dos embriões para pesquisas com células-tronco estejam nos oferecendo pistas para considerar os elementos que compõem mais uma recontextualização e novos agenciamentos dos embriões.

Referências

- ALLEBRANDT, D. A vida social dos embriões humanos produzidos na Reprodução Assistida. (Comunicação oral). In: REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 30. João Pessoa: RBA, 2016.
- ALLEBRANDT, D.; MACEDO, J. L. de. **Fabricando a vida**: implicações éticas, políticas e sociais sobre o uso de novas tecnologias reprodutivas. Porto Alegre: Metrópole, 2007.
- BHARADWAJ, A. Enculturating Cells: The Anthropology, Substance, and Science of Stem Cells. **Annual Review of Anthropology**, v. 41, n. 1, p. 303-317, 21 out. 2012.

¹² Há ainda a possibilidade de doação de embriões para outros casais. Não me deterei aqui sobre essa possibilidade. Para mais informações sobre essa possibilidade, ver Collard e Kashmeri (2011) e Roberts (2007, 2011)☒.

- BHARADWAJ, A. Experimental Subjectification. **Ethnos**, v. 0, p. 1-24, 2013.
- CESARINO, L. D. N. Nas fronteiras do “humano”: os debates britânico e brasileiro sobre a pesquisa com embriões. **Mana**, v. 13, n. 2, p. 347-380, out. 2007.
- COLEN, S. “Like a mother to them”: stratified reproduction and west Indian childcare workers and employers in New York. In: GINSBURG, F. D.; RAPP, R. (eds.). **Conceiving the New World Order: the global politics of reproduction**. Berkeley: University of California Press, 1995.
- COLLARD, C.; KASHMERI, S. Embryo adoption: Emergent forms of siblingship among Snowflakes® families. **American Ethnologist**, v. 38, n. 2, p. 307-322, 2 maio 2011.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 2.021 de 2015.
- _____. Resolução nº 2.013 de 2013.
- COOPER, M.; WALDBY, C. **Clinical Labor Tissue Donors and research subjects in the global bioeconomy**. Durham & London: Duke University Press, 2014.
- FLECK, L. **Genèse et développement d’un fait scientifique**. Paris: Flammarion, 2008.
- FISCH, J. D. et al. The Graduated Embryo Score (GES) predicts blastocyst formation and pregnancy rate from cleavage-stage embryos. **Human reproduction**, v. 16, n. 9, p. 1970-1975, 2001.
- FONSECA, C. Ampliando o círculo de interlocutores (ou, o que um “leigo” tem a ver com discussões de bioética no campo da reprodução assistida. In: ALLEBRANDT, D.; MACEDO, J. L. DE (eds.). **Fabricando a vida**. Implicações éticas, culturais e sociais sobre o uso de novas tecnologias reprodutivas. Porto Alegre: Metrópole, 2007. p. 172–184.
- GRUDZINSKI, R. R. **Parentalidade e novas tecnologias reprodutivas: um estudo etnográfico sobre novas maneiras de conceber**. [s.l.] Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009.
- INHORN, M. C. **Reproductive disruptions: gender, technology, and biopolitics in the new millennium**. New York; Oxford: Berghahn, 2007.
- INHORN, M. C.; BALEN, F. VAN (eds.). **Infertility around the globe: new thinking on childlessness, gender, and reproductive technologies**. Berkeley, Calif.; London: University of California Press, 2002.
- KNORR-CETINA, K. **Epistemic cultures: how the sciences make knowledge**. Cambridge, Ma: Harvard University Press, 1999.
- LATOUR, B. **La science en action: introduction à la sociologie des sciences**. Paris: La Découverte/Poche, 2005.
- MANICA, D. T. CeSAM, as células do sangue menstrual: terapia celular, gênero e tecnociência. (Comunicação oral). In: REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 30. João Pessoa: RBA, 2016
- ROBERTS, E. F. S. Extra embryos: The ethics of cryopreservation in Ecuador and elsewhere. **American Ethnologist**, v. 34, n. 1, p. 181–199, 2007.

ROBERTS, E. F. S. **God' s laboratory**. Berkeley: University of California Press, 2011.

ROSE, N. **A política da própria vida: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI**. São Paulo: Paulus, 2013.

SALÉM, T. et al. Recontextualizando o embrião. **Revista Estudos Feministas**, n. 3, p. 65-89, 1995.

SISEMBRIO. **Relatório (2007-2014)**. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/sangue/publicacoes?p_p_id=anvisabuscaavancada_WAR_anvisabuscaavancadaportlet&keywords=&assetCategoryId=&dataInicial=&dataFinal=&tagNames=sisembrio. Acesso em: 31 jan. 2016.

STRATHERN, M. **Property, Substance and Effect**. London: The Athlone Press, 1999.

STRATHERN, M. **Partial connections**. Savage, Md.: Rowman & Littlefield Pub., 1991.

THOMPSON, C. **Good Science, Bad Science**. Cambridge: MIT, 2014.e.

CAPÍTULO 10

Pesquisa Clínica e o sistema CEP/Conep: quais as lições que tiramos acerca do debate em torno da regulamentação da ética em pesquisa clínica em seres humanos?

Roberta Reis Grudzinski

Este trabalho procura apresentar contornos do corrente debate protagonizado por membros do Estado, de instituições científicas e da sociedade acerca do processo de aprovação e regulamentação de pesquisas clínicas em seres humanos no Brasil. No curso de minha pesquisa de doutorado, na qual procuro analisar o processo de implementação da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras (PNAIPDR)¹, deparei-me com questões que atravessam o atual sistema de regulamentação da ética em pesquisa clínica com seres humanos no Brasil e que engajam atores do campo das doenças raras. Procuo, ao trazer as variadas perspectivas desse debate, apresentar como a ética é acessada e significada, e como, a partir de tais perspectivas, são definidas as questões acerca da pesquisa clínica, do desenvolvimento científico e do acesso e tratamento de saúde. As posições que apresento aqui foram observadas a partir de dois encontros que debatiam doenças raras, dos quais participei como ouvinte, e coletadas a partir de grupos de discussão sobre pesquisa clínica e doenças raras que acompanhei no facebook², além de matérias, artigos científicos e entrevistas com atores do campo da pesquisa e regulamentação ética publicadas na imprensa.

Política Nacional de Atendimento a Doenças Raras e acesso a tratamento:

Desde 2010, oriento-me para temas relacionados ao associativismo de pessoas em torno de doenças raras. A partir do contato com associações de pacientes, percebi uma interessante configuração desse campo: pais e familiares participantes de grupos em defesa dos interesses dos pacientes interagem com médicos, pesquisadores, parlamentares, gestores públicos, indústria farmacêutica e demais setores privados. Todas essas relações dão ao

¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 199, de 30 de Janeiro de 2014. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2014/prt0199_30_01_2014.html>.

² Os grupos de discussão no quais concentrei minha atenção, durante o anos de 2014 e 2015, foram: Afag – Associação de Familiares, amigos e portadores de doenças graves, Sbppc Pesquisa Clínica, Rede Raras – observatório de Doenças Raras, APMPS – Doenças Raras.

campo um caráter complexo e, por vezes, tenso, borrando as fronteiras entre os campos afetivo, legislativo, biomédico, e científico.

A partir de 2013, comecei a prestar atenção nas circunstâncias em que ocorria o debate acerca da PNAIPDR, que teve sua portaria assinada em janeiro de 2014³.

Entre os princípios norteadores da política, Fernando Aith, do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, destaca:

(a) a atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; (b) reconhecimento da doença rara e da necessidade de oferta de cuidado integral, considerando-se as diretrizes da RAS no âmbito do SUS; (c) promoção do respeito às diferenças e aceitação de pessoas com doenças raras, com enfrentamento de estigmas e preconceitos; (d) garantia de acesso e de qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e atenção multiprofissional; (f) articulação intersetorial e garantia de ampla participação e controle social; (g) incorporação e uso de tecnologias voltadas para a promoção, prevenção e cuidado integral na RAS, incluindo tratamento medicamentoso e fórmulas nutricionais quando indicados no âmbito do SUS, que devem ser resultados das recomendações formuladas por órgãos governamentais a partir do processo de avaliação e aprovação pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) e Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT); e promoção da acessibilidade das pessoas com doenças raras a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbano. (AITH, 2014, p. 9-10)

Aith ressalta ainda a “maneira extremamente cautelosa com que a Portaria define o acesso ao tratamento medicamentoso” (AITH, 2014, p. 10). Dessa forma, manifesta a seguinte opinião:

É sabido que, por serem doenças raras, dificilmente tais doenças terão o seu eventual medicamento ou tratamento definido pela CONITEC. Nesses casos, mesmo existindo uma opção medicamentosa no mercado privado, mas que ainda

³ A política prevê, entre outros itens, garantir a universalidade, a integralidade e a equidade das ações e serviços de saúde em relação às pessoas com doenças raras, com conseqüente redução da morbidade e mortalidade. A portaria se encontra disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0199_30_01_2014.html>. Existem inúmeras definições para doenças raras, mas o Brasil adota aquela empregada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Segundo esta definição, uma doença ou transtorno é definido como raro quando afeta até 65 pessoas em 100 mil. Segundo a Organização Mundial da Saúde, entre 6% e 8% da população mundial são afetados por essas doenças. No Brasil, não há dados mensurados, mas estima-se que haja cerca de 13 milhões de pessoas afetadas diretamente por doenças genéticas raras.

não foi incorporada ao SUS por meio da CONITEC, qual será o atendimento oferecido? O não oferecimento de um medicamento existente no mercado e com evidências científicas de eficácia, mas que ainda não foi incorporado ao sistema, caracterizaria violação aos princípios da integralidade e da universalidade preconizados (AITH, 2014, p. 10).

Possibilidades e limites da inclusão de novos medicamentos para doenças raras: reflexões sobre ética e pesquisa em seres humanos

Um dos interesses exploratórios da minha pesquisa é verificar quais os efeitos da portaria sobre a política de registro de medicamentos no SUS. Muitos medicamentos são fornecidos gratuitamente no âmbito do SUS. Essas drogas são agrupadas em dois programas. O primeiro, Componente Básico de Assistência Farmacêutica, segue o conceito da OMS de “medicamentos essenciais” e, portanto, se concentra em doenças prevalentes, como diabetes e hipertensão, por exemplo. O segundo, conhecido como Componente Especializado de Assistência Farmacêutica (Ceaf), cobre medicamentos de alto custo usados para tratamentos de segunda linha, doenças refratárias, e com menor prevalência (SCHWARTZ et al., 2014). O primeiro é financiado pelo Governo Federal, e inclui as drogas mais caras. O segundo é financiado pelos Governos Estaduais. O terceiro subgrupo tem seus custos divididos entre os Governos Federal, Estadual, e Municipal. Os medicamentos incluídos na lista do Ceaf são organizados em três subgrupos⁴.

Tal como apontado no excerto acima, não é claro para as pessoas diretamente envolvidas com o campo das doenças raras se e como haverá incorporação de novos medicamentos órfãos⁵, mesmo havendo uma política para doenças raras. Schwartz e colegas (2014) apontam que a política farmacêutica vigente no Brasil está associada às metodologias utilizadas para avaliar o custo-benefício dos medicamentos. Tendo como técnica a “medicina baseada em evidências” – onde os critérios utilizados são epidemiológicos e de prevalência –, tal metodologia não seria capaz de avaliar o custo-benefício de

⁴ Atualmente o CEAF inclui 194 fórmulas e medicamentos em sua lista. A esse respeito ver: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/16/Tabela-de-situa---es-cl-nicas-CEAF-abril-2014.pdf>>; e ainda Schwartz et al (2014).

⁵ Termo usado para designar medicamento que se mostrem eficazes no tratamento ou de doenças raras. Para o FDA (Estados Unidos), são considerados medicamentos órfãos aqueles que tratam de doenças que atingem menos de 200 000 americanos. Para a EMA (União Europeia), este tipo de medicamento é daqueles que atingem não mais do que cinco em cada 10 000 pessoas e as doenças tratadas com eles são as crônicas debilitantes ou que coloquem a vida em risco. Para a Anvisa, os medicamentos órfãos são indicados para incidência de doenças menor que 5:10 000, conforme Consulta Pública nº 51, de 1º de setembro de 2006. Disponível em: <[http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/CP/CP\[16120-1-0\].PDF](http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/CP/CP[16120-1-0].PDF)>. Acesso em: 25 fev. 2015.

tratamentos e tecnologias voltados às doenças raras, exatamente pela baixa prevalência de algumas delas.

O que importa contextualizar nesse esse trabalho é que a medicina baseada em evidências prevê, em suas análises, a formulação de ensaios clínicos⁶ para verificar a efetividade, eficiência, eficácia e segurança dos medicamentos. Dessa maneira, a introdução de novos medicamentos para doenças raras também acaba sendo atravessada por uma discussão que se revelou igualmente bastante controversa no campo das doenças raras – a saber, o processo de aprovação e regulamentação de pesquisas e ensaios clínicos em seres humanos no Brasil.

Como escrito no início, realizei a observação de dois eventos, entre os anos de 2013 e 2014, para explorar como a questão da política farmacêutica estava sendo abordada entre os agentes interessados na política de doenças raras. O primeiro deles, o III Encontro Latino Americano de Doenças Raras e Medicamentos Órfãos, ocorreu no dia 28 de setembro de 2013, na Câmara Municipal de Vereadores de São Paulo. O outro evento observado tratou-se de uma audiência pública, ocorrida em outubro de 2014, na Assembleia Legislativa de Porto Alegre, com intenção de discutir as dificuldades da efetiva implementação da política nacional de atenção às doenças raras.

Como será relatada a seguir, a discussão acerca da regulamentação das pesquisas clínicas em seres humanos é colocada, em alguns momentos, como atraso no desenvolvimento científico brasileiro, e descaso para com a saúde pública brasileira. A reflexão crítica sobre tais posicionamentos nos permite entender como os entendimentos sobre a “prática ética” estão vinculados a ideais que vão muito além da proteção e respeito aos sujeitos da pesquisa.

Novas terapias: como conciliar desejos dos pacientes, pesquisadores e a regulamentação da pesquisa clínica?

O III Encontro Latino Americano de Doenças Raras e Medicamentos Órfãos, buscava a troca de experiências entre representantes de governo, médicos pesquisadores, organizações civis, profissionais em pesquisa clínica e laboratórios farmacêuticos de diversos países latino-americanos (Argentina,

⁶ Os ensaios clínicos são ensaios realizados no âmbito de uma colaboração entre médicos, sujeitos de pesquisa e promotores. São utilizados para investigar novos procedimentos clínicos ou novos medicamentos destinados a identificar, prevenir ou tratar doenças. Segundo resolução da Anvisa - RDC nº 36, de 27 de junho de 2012, que altera a RDC nº 39/2008, todos os estudos clínicos fases I, II, III e IV, devem apresentar comprovante de registro da pesquisa clínica na base de dados do Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC), ou comprovante de submissão. Estes ensaios só podem ter lugar no Brasil após autorização da Anvisa e do Conep. Disponível em: <<http://www.ensaiosclinicos.gov.br/news/>>. Acesso em: 28 out. 2017.

Brasil, México, Panamá, Chile, Venezuela, Uruguai)⁷. Dados os recentes avanços na formulação da política nacional de atendimento às doenças raras, esse tema foi bastante recorrente durante todo o evento. Essas discussões versavam sobre: modelos e diagnósticos de tratamento; legislação e regulações; investigação e desenvolvimento de pesquisas clínicas.

Considere interessante certos posicionamentos tomados durante este evento. Médicos geneticistas expressaram por vários momentos seu interesse por tal política devido ao fato de “só poderem atuar em universidades”. Tal posicionamento, naquele contexto, refletia um certo descontentamento, uma vez que a genética clínica não tinha, até o momento, espaço de atuação dentro da saúde pública, a não ser na figura do pesquisador, vinculado à alguma universidade ou grupo de pesquisa. Uma vez implementada, essa política pública representaria garantia de vagas para o geneticista clínico no SUS. Representantes de laboratórios, e pesquisadores clínicos em diversos momentos reclamaram da forma como as pesquisas clínicas são regulamentadas no Brasil. Houve muitas críticas ao “excesso de burocracia presente nas resoluções sobre pesquisa em seres humanos da CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa)”. Essas críticas dirigiram-se em particular à “morosidade” das decisões tomadas pelo CONEP, e também a certas especificidades relativas ao número de “sujeitos” participantes das pesquisas. Em se tratando de doenças raras, as pesquisas projetadas não contam com um número expressivo de sujeitos de pesquisa. Para que a política nacional contemple uma grande gama de doenças raras, novos protocolos de atendimento e diagnóstico têm de ser formulados, e tais protocolos são formulados a partir dessas pesquisas clínicas. Ou seja, o que esses palestrantes reivindicavam, naquele momento, era uma regulação específica de pesquisa em seres humanos afetados por doenças raras.

Outro dado interessante, e que acaba se relacionando a forma como está regulamentada os aspectos éticos da pesquisa clínica no Brasil, foi o posicionamento de alguns representantes de associações de pacientes, e de representantes de laboratórios farmacêuticos com relação a algumas decisões judiciais que obrigam os laboratórios farmacêuticos a garantirem o fornecimento de medicamento a todos os sujeitos que participaram de ensaios clínicos. Um representante de laboratório comentava que tal atitude “progressista” dos juízes que decidem em favor do paciente é a responsável pela diminuição de ensaios clínicos no Brasil.

Em outubro de 2014 também observei, na Assembleia Legislativa de Porto Alegre, uma audiência pública tratando do tema da implementação da política nacional de atenção às doenças raras, uma vez que já faziam quase

⁷ O evento foi organizado pelo Instituto Canguru – Grupo de Apoio a Erros Inatos do Metabolismo e Doenças Raras (São Paulo/BR) e pela Fundación Geiser (Buenos Aires/AR); contou com o apoio da Escola Paulista de Medicina (Unifesp).

nove meses da assinatura sua portaria. Estavam presentes na Assembleia vários grupos de pacientes, deputados e vereadores apoiadores da causa, e muitos médicos geneticistas. Chamou-me a atenção um dos rumos tomados no final da reunião. Um pesquisador geneticista que trabalha na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) pediu o microfone para compartilhar suas atuais angustias: “como manter os protocolos de pesquisa no país? Só esta semana perdemos três protocolos clínicos para a Argentina!”. Sua impaciência vai ao encontro de vários esforços de grupos de pacientes no Brasil, que há anos vêm articulando conjuntamente com associações da indústria farmacêutica maneiras de criar uma regulamentação específica de pesquisa clínica em doenças raras, que acelere o processo de aprovação do protocolo de pesquisa no CONEP, e de regulamentação de medicamentos na ANVISA. De acordo com Andressa Federhen – coordenadora de pesquisa clínica do hospital de clínicas de Porto Alegre (HCPA) – devido à raridade destas doenças e ao pequeno mercado consumidor, tornam-se difíceis, caros e arriscados os investimentos em pesquisa e desenvolvimento que viabilizem a produção de medicamentos para o seu tratamento, fazendo com que essa questão passe a ser não apenas um problema de saúde pública, mas também um problema econômico e social (FEDERHEN et al, 2014: 18).

Tais engajamentos me levaram a verificar, de uma maneira mais ampla, como profissionais da área da pesquisa clínica compreendem o atual sistema de regulação da ética em pesquisa. A seguir procurarei voltar a atenção para como o sistema CEP/CONEP vem sendo debatido dentro da área médica.

Críticas à regulamentação: como se posicionam os pesquisadores da área da saúde?

No Brasil, a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (Resolução nº 466/2012), de 12 de dezembro de 2012, estabelece os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes de pesquisa, comunidade científica e ao Estado na condução de pesquisas em seres humanos. Tal regulamentação é resultante da revisão da Resolução nº 196/96. Entretanto, mesmo após consulta pública de seu conteúdo, membros da comunidade científica reclamam que a nova resolução foi publicada sem contemplar mudanças solicitadas, principalmente no que se refere às responsabilidades do pesquisador e no que diz respeito ao fornecimento, por toda a vida, de tratamento integral aos participantes, inviabilizando, em muitos casos, o desenvolvimento de estudos de iniciativa do pesquisador (FEDERHEN et al., 2014, p. 18-19). Junto disso, há a queixa de que a Resolução nº 466/2012 não deixa claro qual é o limite da responsabilidade do patrocinador no que se

refere à assistência relacionada à pesquisa e o que fica a cargo do sistema de saúde.

Outro fator que tem retirado o Brasil da lista de interesse dos laboratórios para desenvolvimento de pesquisa clínica é a burocracia envolvida na aprovação de tais estudos. Segunda a associação da Indústria Farmacêutica Brasileira (Interfarma), enquanto a média mundial para aprovação de ensaios clínicos é de três a quatro meses (FEDERHEN et al., 2014, p. 18-19); no Brasil, o tempo de espera chega a ultrapassar um ano. Diante deste cenário, pesquisadores alegam que muitos estudos deixam de ser realizados em nosso país. Dessa maneira, o que os pesquisadores demandam é que tais regulações sejam amenizadas no que se refere à burocracia.

Acho interessante que o argumento para a celeridade dos processos de aprovação e regulação dos ensaios clínicos tanto em doenças raras como outras doenças graves passa por dois eixos principais: (a) a oportunidade de o paciente experimentar um tratamento inédito para sua doença e (b) o desenvolvimento técnico-científico dos pesquisadores e das instituições de pesquisa brasileiras. Ainda conforme Federhen,

Sempre que o Brasil participa de um estudo clínico para um novo medicamento em doenças raras, uma porta se abre para o participante da pesquisa, com a possibilidade de mudança da evolução natural da sua doença. [...] Outro benefício decorrente da condução de estudos clínicos no Brasil é o recurso que eles geram para as instituições que os realizam. Tais recursos permitem o melhor aparelhamento dos centros, tanto com treinamento de pessoal quanto com novos equipamentos e novas técnicas, de modo a beneficiar não somente os participantes de pesquisas, mas os outros pacientes assistidos pelas instituições. O rigor com que a pesquisa deve ser conduzida para ter validade é transferido para a prática clínica, tornando os profissionais mais criteriosos e exigentes e melhorando a qualidade da assistência. (FEDERHEN et al., 2014, p. 19-20)

No excerto acima, percebe-se uma ocultação do discurso presente principalmente na bioética, que faz referência aos perigos e incertezas que ensaios clínicos carregam consigo com relação aos efeitos nos pacientes que se voluntariam a participar. O argumento aqui é positivo e traz um tom de esperança de melhora e bem estar do paciente/sujeito de pesquisa, uma vez que ele pode sentir em seu corpo a evolução natural de sua doença.

João Massud Filho, médico e presidente da Sociedade Brasileira de Medicina Brasileira, na ocasião em que participou do fórum A Saúde no Brasil⁸,

⁸ Tratou-se de uma série de debates promovidos pelo jornal *Folha de S. Paulo* no mês de março de 2014. A matéria publicada no jornal e os vídeos do fórum encontram-se disponíveis em:

comentou que o que de fato é antiético com a população brasileira é a morosidade com que a Conep avalia os projetos de pesquisa clínica no país.

A aprovação ética no Brasil é complicada, existe uma tutela sobre os pacientes. A CONEP rejeita os projetos porque está dizendo que o paciente não pode ser submetido à pesquisa [...] Como médico, digo que antiético é desenvolver um produto na Finlândia, como todo o respeito ao país, e vir usá-lo no Brasil, na raça brasileira que nem sabemos qual é, dada a diversidade étnica que temos. [...] Pacientes morrem esperando para serem incluídos em um projeto de pesquisa, porque não há tratamento para sua enfermidade. Perdemos desenvolvimento tecnológico, ingresso de dinheiro e competitividade. (FOLHA DE S. PAULO, 23/03/2014).

Recentemente, a Conep foi duramente criticada por 44 pesquisadores da área da saúde, em carta aberta endereçada à Presidenta Dilma Rousseff⁹. O que motivou a confecção da carta foi o sentimento de “frustração” diante de uma minuta publicada pela comissão na qual apresenta possíveis mudanças nas regras relativas à aprovação de projetos de pesquisa na área, mas que, segundo os signatários da carta, desconsidera a opinião dos pesquisadores e pacientes brasileiros. No documento, os pesquisadores reclamam da burocracia do atual sistema, e dizem que a ética não pode servir como desculpa para o atraso no desenvolvimento científico e tecnológico do país, e também acusam membros do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa de resistirem às mudanças em nome do poder:

A ciência brasileira não quer nem defende qualquer regra que não seja a mais exigente em matéria ética. Mas também não aceita que a ética sirva como desculpa para a burocracia e o atraso. [...] Sob pena de perdermos em definitivo o espaço para a pesquisa e a inovação, apelamos à sensibilidade da Senhora Presidente da República por uma solução que estabeleça regras eficientes e modernas, sem qualquer concessão de ordem ética. E por uma nova definição de atribuições sobre Pesquisa Clínica, na qual a ciência, a tecnologia e o próprio Ministério da Saúde tenham um papel central, ao contrário do que acontece hoje, onde, sem ouvir cientistas, pesquisadores e médicos, o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão Nacional de Ética em

<<http://tools.folha.com.br/print?site=emcimahora&url=http://www1.folha.uol.com.br/seminariosfolha/2014/03/1431757-para-medico-antiatico-e-nao-testar-medicamentos-em-brasileiros.shtml>>.

Acesso em: 10 ago. 2015.

⁹ A carta foi enviada no dia 06/08/2015. O conteúdo completo do documento encontra-se disponível em: <http://www.interfarma.org.br/noticias_detalhe.php?id=681>.

Pesquisa resistem à mudança e à inovação apenas para não perderem poder. (Carta aberta à Presidenta da República, 06/08/2015).

Há pouco tempo, uma nova questão entrou em pauta no debate acerca do sistema de regulação da pesquisa clínica no país. Um projeto de lei que dispõe sobre a pesquisa clínica tem acionado diversos engajamentos em torno da revisão ética da pesquisa em seres humano¹⁰. Tal projeto começou a ser debatido no Senado em março de 2014. De acordo com matéria transmitida pela TV Senado¹¹, um paciente da cidade de Ijuí/RS com uma doença grave, que já havia participado de pesquisa clínica para sua doença, procurou a senadora Ana Amélia Lemos para falar sobre o tema. A visita motivou a realização de uma audiência pública com médicos, pesquisadores, representantes de associações de pacientes e do governo federal na Comissão de Assuntos Sociais (CAS)¹².

O projeto de lei (PLS) dispõe sobre princípios, diretrizes e regras para a condução de pesquisas clínicas em seres humanos por instituições públicas ou privadas¹³. A Associação Brasileira de Saúde Coletiva¹⁴ critica o fato de o PLS prever Comitês de ética independentes (CEI), ou seja, comitês que não precisam estar vinculados a instituições públicas; também a revisão ética da pesquisa clínica deverá ser feita em instância única, contrariando o atual sistema, e privilegiando a agilidade e rapidez do parecer, não podendo ultrapassar o prazo de 30 dias; prevê o pagamento a pessoas saudáveis que se voluntariam a participar de estudos, e o uso de placebo em determinadas circunstâncias¹⁵.

Em análise técnica do Conselho Nacional de Saúde, o órgão público faz duras críticas ao PLS, acusando o documento de “colocar em risco os direitos

¹⁰ BRASIL. Senado Federal. Projeto de Lei do Senado nº 200 de 2015, que dispõe sobre princípios, diretrizes e regras para a condução de pesquisas clínicas em seres humanos por instituições públicas ou privadas. Matéria de autoria dos senadores Ana Amélia Lemos (PP/RS), Waldemir Moka (PMDB/MS), e Walter de Freitas Pinheiro (PT/BA). Disponível em: <<http://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=2921243&disposition=inline>>. Acesso em: 13 ago. 2015.

¹¹ Matéria disponível em: <<https://www.facebook.com/anaamelialm/videos/1034124643273703/>>. Acesso em: 13 ago. 2015.

¹² Informações retiradas do site da senadora Ana Amélia Lemos, disponível em: <http://www.anaamelialemos.com.br/noticias/projeto_que_agiliza_pesquisas_clinicas_e_aprovado_n_a_ccj_do>. Acesso em: 13 ago. 2015.

¹³ No dia 15/02/2017, o Projeto foi aprovado no Plenário do Senado, e seguiu para a análise da Câmara dos Deputados. Disponível em: <<http://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/matéria/120560>>. Acesso em: 27 out. 2017.

¹⁴ Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/institucional/pesquisa-clinica-e-coisa-seria-participe-da-mobilizacao-contra-a-flexibilizacao-de-normas-e-pelo-controle-social/10937/>>. Acesso em: 2 jul. 2015.

¹⁵ Para consultar a matéria completa ver PLS 200/2015, disponível em: <http://www.senado.leg.br/atividade/materia/detalhes.asp?p_cod_mate=120560>. Acesso em: 7 jun. 2015.

dos participantes de pesquisa conquistados nas últimas duas décadas, [...] e retirar dos brasileiros o controle social das pesquisas que ocorrem no Brasil”¹⁶. No documento, o órgão lembra que o PLS pauta seus princípios éticos a partir da Declaração de Helsinque¹⁷. No entanto, o Brasil não é signatário de tal documento “por divergências inconciliáveis e profundas em relação aos critérios de uso de placebo” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2015). É interessante notar também que o órgão acusa o PLS de criar comitês que não seriam jamais imparciais, uma vez que poderiam se “atrelar a empresas (por exemplo, farmacêuticas), sem o compromisso com interesse público”. Nessa concepção não existiria maneira de sustentar um “sistema de ética livre”. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2015). Contudo, representantes da pesquisa clínica e associações de pacientes que juntos formaram um grupo, Aliança Pesquisa Brasil¹⁸, no início do ano de 2014, entendem que o digno e ético para com os participantes de pesquisa é “que eles possam ter acesso a novos tratamentos em tempo hábil, tendo resguardados todos os seus direitos”. Em petição *online*, que contou com a assinatura de mais de 1.800 pessoas em favor da aprovação do Projeto de lei do Senado - PLS nº 200/2015, o grupo afirma que, em outros lugares do mundo, os sistemas são menos burocráticos e nem por isso deixam de ser éticos¹⁹:

O atual modelo de análise e aprovação é lento, burocrático e assimétrico. No resto do mundo, os sistemas são comprovadamente éticos e nem por isso, lentos e burocráticos. Ao contrário, a lentidão de nosso atual sistema nega aos brasileiros o acesso a terapias inovadoras e retira da sociedade médica e científica nacional a oportunidade de participar do estado da arte das ciências médica e biológicas, como as nações mais desenvolvidas (Petição a favor do

¹⁶ Parecer técnico publicado em junho de 2015, pelo CONEP. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/Analise-tecnica-Lei200-2015.pdf>.

¹⁷ A Declaração de Helsinque é um conjunto de princípios éticos que regem a pesquisa com seres humanos. Foi redigida pela Associação Médica Mundial em 1964. Sua última revisão foi em outubro de 2008. A Declaração é um importante documento na história da ética em pesquisa, e surge como um esforço significativo da comunidade médica para regulamentar as pesquisas. Fonte disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Declara%C3%A7%C3%A3o_de_Helsinque>. Acesso em: 15 maio 2010.

¹⁸ A descrição do grupo, conforme consta no *site* da associação é: “Movimento criado em abril de 2014 por diversos segmentos públicos e privados da ciência e da inovação, com o objetivo de fortalecer o diálogo com a sociedade e o governo sobre a importância da pesquisa clínica para o Brasil. A iniciativa surgiu da urgência em harmonizar o ambiente regulatório brasileiro com os dos países líderes na produção de estudos clínicos. As barreiras burocráticas à entrada de novas pesquisas clínicas contribuem para o atraso do país no setor, inibindo a ampliação do conhecimento científico, aumentando nossa dependência estrangeira no setor farmacêutico e impedindo o acesso a novas tecnologias para o tratamento de pacientes com doenças graves”. Disponível em: <<http://www.aliancapesquisaclinica.com.br/website/index.php/quem-somos/historia-da-alianca>>.

¹⁹ A petição encontra-se disponível em: <https://secure.avaaz.org/pt/petition/Senadores_e_Deputados_Federais_do_Congresso_Nacional_do_Brasil_Peticao_A_FAVOR_do_Projeto_de_Lei_do_Senado_no_200_de_201/?kdEWrijb>.

projeto de lei do Senado nº 200 de 2015, 8 de maio de 2015).

* * *

Como nos alerta Fonseca (2015,p. 2-3), pensar a regulamentação de pesquisa sem questionar a premissa do sistema CEP/Conep – de que esses comitês são o lugar lógico para garantir o proceder ético da ciência – pode acabar contribuindo para a naturalização de determinado modelo. A proposta do trabalho foi então a de mostrar a diversidade de posturas e a complexidade desse debate acerca da ética em pesquisas tratando tais modelos e propostas como parte de um todo social e historicamente situado.

Como bem notado por Fonseca (2005, p. 3)

Nessa arena, as repetidas tentativas por especialistas de estabelecer convenções internacionais para experiências científicas e biomédicas se defrontam com demandas populares e interesses comerciais, complicando ainda mais a questão da ética e, em particular, da regulação de pesquisa.

O fato de representantes e defensores do sistema CEP/Conep apontarem para a importância do julgamento ético realizado por comitês essencialmente brasileiros e públicos indica também o que Fassin (2006, p. 523) chama de “culturas éticas nacionais”. Petryna (2011), em seu trabalho sobre experimentalidade, informa sobre a migração dos ensaios clínicos para países ainda em desenvolvimento, exatamente por haver o que chama de variabilidade ética. Entendemos que, embora o discurso bioético se pretenda universal, as normas e regulamentações éticas correspondem também a fatores locais, históricos e culturais. Além disso, vemos o quanto a discussão sobre ética em pesquisa é atravessada pelo ideário de desenvolvimento tecnológico e científico do país. Ou seja, a compreensão do que são práticas éticas, em determinados contextos, acabam envolvendo outras considerações que excedem a estrita preocupação com o sujeito da pesquisa.

Fassin (2012) também nos lembra de que normas e valores não devem ser tratados e entendidos como esferas separadas da política e ausentes de relações de poder. O que se entende desse debate apresentado acima é que além de divergirem sobre qual seria o melhor modelo de regulamentação da ética em pesquisa clínica com seres humanos, está em disputa também quem pode ou não definir a ética em pesquisa.

Há que atentar também para o contexto político mais amplo. Acho interessante salientar que durante os meses decorrentes da discussão acerca da regulamentação de pesquisas clínicas, não pude reparar em críticas às mudanças propostas pela Anvisa, no que concerne à aceleração de protocolos de pesquisa. Em 5 de novembro de 2014, após inúmeras reuniões com

representantes da sociedade civil, grupos de pesquisadores, e representantes públicos, a diretoria da Anvisa aprovou uma resolução que estabelece novas regras para a autorização de pesquisas clínicas com medicamentos, no Brasil. A medida passa a estabelecer um prazo de 90 até 180 dias para análise e aprovação de pedidos de pesquisas clínicas, ou seja, para testes feitos em pacientes voluntários para medir a segurança, doses e eficácia de novos produtos²⁰.

Vemos nesse debate algo bastante interessante: há grande resistência da própria área médica e dos pacientes com relação ao sistema CEP/Conep. Constata-se então que as críticas direcionadas ao sistema vêm tanto dos sujeitos que ele procura proteger quanto dos pesquisadores e cientistas oriundos das mesmas áreas de formação dos profissionais que estruturaram a regulamentação ética vigente.

O cenário acima apresentado, como se percebe, é bastante complexo e representativo de variados arranjos na relação entre ciência, Estado e sociedade. O que se buscou aqui foi, ao delinear os contornos das discussões suscitadas pelo sistema de regulamentação ética no Brasil, contribuir para a reflexão crítica acerca das tensões nesse campo.

Referências

AITH, F. M. A. O Direito à Saúde e a Política Nacional de Atenção Integral aos Portadores de Doenças Raras no Brasil. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, Supl. 1, p. 4-12, 2014. Disponível em: <<http://www.interfarma.org.br/uploads/biblioteca/58-jbes-doencas-raras.pdf>>. Acesso em: 28 dez. 2016.

EL DIB, R. P. Como praticar a Medicina Baseada em Evidências. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 6, n. 1, p. 1-4, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jvb/v6n1/v6n1a01.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2017.

FASSIN, D. Toward a critical moral anthropology. In: Didier Fassin (org.). **A companion to moral anthropology**. Oxford: Wiley-Blackwell, 2012

_____. The endo f ethnography as collateral damage of ethical regulation? **American Ethnologist**, v. 33, n. 4. p. 522-524, 2006. DOI:10.1525/ae.2006.33.4.522

PETRYNA, A. Experimentalidade: ciência, capital e poder no mundo dos ensaios clínicos. **Horizontes Antropológicos**, v. 17, n. 35, p. 127-160, 2011. Disponível

²⁰ Para José Carlos Moutinho, diretor da Anvisa, a mudança deve ampliar o número de pesquisas feitas no país e o futuro registro dos produtos. "E o Brasil vai entrar na rota dos principais países que têm ensaios avançados", disse. A mudança também traz a possibilidade de ampliar o acesso da população a tratamentos experimentais, afirma Flávia Sobral, coordenadora do setor de pesquisas clínicas com medicamentos na agência. (FOLHA DE S. PAULO, 05/02/2014). Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2015/02/1585918-anvisa-aprova-regras-para-agilizar-pesquisas-clinicas-com-medicamentos.shtml>>. Acesso em: 21 fev. 2015.

em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832011000100005>. Acesso em: 30 jul. 2015.

FEDERHEN, A. et al. Pesquisa Clínica e Doenças Raras: a situação no Brasil. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, Supl. 1, p. 17-23, 2014. Disponível em: <<http://www.interfarma.org.br/uploads/biblioteca/58-jbes-doencas-raras.pdf>>. Acesso em: 28 dez. 2016.

SCHWARTZ, I. V. D. et al. Clinical Genetics and Public Policies: how should rare diseases be managed. **Clinical & Biomedical Research**, v. 34, b. 2, p. 122-131, 2014.

CAPÍTULO 11

Biorredes, cidadania genética e estratégias de políticas de saúde para doença falciforme

Ana Cláudia Rodrigues da Silva

Introdução

A aranha tece puxando o fio da teia, a ciência da abelha, da aranha e a minha muita gente desconhece...

(Caetano Veloso. Na asa do vento)

Este capítulo versa sobre a formação de biorredes e estratégias de políticas de saúde para pessoas com doença falciforme. Trata-se de recorte da pesquisa de doutorado em antropologia intitulada *Compartilhando genes e identidades: orientação genética, raça e políticas de saúde para pessoas com traço e doença falciforme em Pernambuco*, realizada entre os anos de 2011-2013. A pesquisa constou de trabalho etnográfico em duas instituições de saúde, um hemocentro que presta serviços de atenção à saúde de pessoas com doença falciforme e uma policlínica com serviços de saúde destinados aos portadores do traço falciforme. Nessas instituições, foram realizadas observações de consultas, entrevistas com pacientes, familiares e profissionais de saúde. O trabalho de campo ainda se estendeu para gestores de políticas públicas estadual e municipal e para associações de pessoas com doença falciforme, numa tentativa de seguir os atores envolvidos nesse campo (LATOURE, 2103).

A doença falciforme é uma das doenças genéticas mais comuns no Brasil. Desde o primeiro relato científico da doença, em 1910, ela agencia sujeitos, corpos e representações em torno de elementos ligados às relações raciais e aos avanços científicos no campo da genética. Invisibilizada no campo político, apenas a partir da década de 90 do século XX surgem as primeiras políticas de saúde específicas para pessoas com falciforme. Resultado da ação de “coletivos” que através de ações em rede (biorredes) possibilitaram a criação, aprimoramento e controle social dessas políticas.

Para discutir a formação de biorredes, este artigo se baseou numa abordagem latouriana em torno da Teoria Ator Rede (ANT), que pressupõe seguir atores em busca das conexões que estes estabelecem num mundo social mais amplo que incorpora humanos e não humanos. Abordo discussões internacionais em torno de conceitos como cidadania genética (BRODWIN, 2002; ROSE, 2014), justiça genética (BUCHANAN, 2002), biosociabilidade (RABINOW, 1999) e os impactos destes no contexto brasileiro (DINIZ, GUEDES, 2003; SILVA, 2014). Se, por um lado, se reconhece o avanço da genética e a

importância desta no campo da saúde, com ênfase nos direitos individuais e coletivos, por outro lado, a antropologia aponta questões importantes como o perigo do determinismo biológico e questiona a aplicabilidade de tais conceitos em situações sociais díspares com grandes desigualdades em saúde.

Sabe-se que grupos sociais se formaram e ganharam força política a partir do agenciamento de doenças (RABINOW; ROSE, 2006) ou condições genéticas, requerendo uma redistribuição dos bônus dos avanços no campo da nova genética. Paul Brodwin (2002) nos mostra como os avanços no sequenciamento e análise do genoma humano podem fortalecer visões essencialistas de identidades; mas também podem munir as pessoas em busca de “cidadania genética”. O conceito de cidadania genética (HEATH; RAPP; TAUSSIG, 2004) é descrito como um campo onde atuam direitos e responsabilidades em torno da genetização presente em todo tecido social. É um meio de socializar os benefícios advindos com os avanços em pesquisas biotecnológicas, em busca de uma ética do cuidado em saúde. Ela envolve vários atores, tais como: profissionais de saúde; pessoas e familiares impactados por doenças genéticas; cientistas e o Estado, em uma rede de ações e práticas. Essa ética do cuidado, segundo Buchanan (2000), deve partir de uma moral inclusiva que permita integrar as pessoas afetadas por uma condição genética evitando o risco de ações políticas eugênicas como no passado.

É justamente na formação desta rede de ações que vislumbro a força da utilização destes conceitos. No caso da doença falciforme, é nítida a formação de uma rede envolvendo diversos atores que agenciam discursos, direitos, representações em torno da genética para garantir um cuidado em saúde mais igualitário. Isso se inicia com a revelação genética ou biorrevelação como definiram Neto e Santos (2011); no caso em questão, o diagnóstico genético pela Triagem Neonatal (teste do pezinho) e o exame de eletroforese¹. A inclusão desses exames no SUS foi resultado das ações de movimentos sociais, profissionais de saúde e principalmente das associações de pessoas com doença falciforme. Identificados os grupos sociais, a formação da rede se configura; rede de pessoas ligadas direta ou indiretamente por uma característica genética ou uma doença propriamente dita. Como demonstrou Silva (2014), os direitos conquistados por pessoas com doença falciforme não estão isentos de disputa de poder. A busca pelo cuidado, enquanto sujeito específico, pessoas com determinada condição genética, se dá num campo conflituoso marcado principalmente pelas desigualdades sociais em saúde e por desigualdades raciais. Sendo a doença associada à raça negra, ela porta uma herança racista. O racismo institucional tem sido um dos empecilhos na

¹ É uma técnica de separação de partículas de acordo com sua carga elétrica e peso molecular utilizada para detectar as células falciforme.

aplicação das políticas públicas para pessoas com doença falciforme dificultando o cuidado público (AYRES, 2011) que pressupõe uma inter-relação entre paciente e cuidador.

Uma ética do cuidado (BUCHANAN, 2002), em que os valores dos indivíduos orientam suas ações cotidianas, pressupõe transpor barreiras ainda difíceis no Brasil, como as de classe, gênero e raça. Nesse sentido, a genética pode e deve estar a serviço da cidadania, uma cidadania que, segundo Silva (2014), deve ser ampliada. Se falamos em cidadania genética, devemos, antes de tudo, pensar em direitos como acesso à saúde de qualidade, igualdade de gênero e raça. Uma das últimas conquistas das ações dessas biorredes em torno da doença falciforme foi a inclusão, em 2015, do transplante de células-tronco hematopoéticas entre parentes pelo SUS.

Cabe destacar que a anemia é apenas uma das consequências da doença, que se caracteriza pela diversidade clínica, sendo definida como uma doença multifatorial. A doença falciforme é considerada a doença genética mais importante no cenário epidemiológico brasileiro. O termo engloba um grupo de anemias hemolíticas hereditárias que têm em comum a presença da hemoglobina S nas hemácias, dentre estas, a anemia falciforme se destaca pelo alto índice de morbimortalidade. As principais implicações estão relacionadas a problemas oftalmológicos, doença renal, necrose da cabeça do fêmur, acidente vascular cerebral, priapismo, olhos amarelados, infecções, febre, dores e úlceras nas pernas. Dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) estimam que anualmente nasçam 3.500 crianças com doença falciforme e 200.000 com o traço falciforme. A incidência é em torno de 1:1000 com a doença e 1:35 com o traço. A maior prevalência é encontrada nos estados da Bahia, Rio de Janeiro, Pernambuco, Minas Gerais e Maranhão, estados com maior contingente de pessoas negras (pretas e pardas).

Para maior organização da proposta aqui apresentada, este texto está dividido em tópicos. O primeiro discorre sobre as diversas abordagens da doença falciforme, seguindo as trilhas deixadas pelo gene falciforme. O segundo disserta sobre a formação de coletivos biossociais mostrando como age a biorrede. O terceiro e último aborda os conceitos de cidadania genética e cuidado acessados em rede. Busca-se com estes tópicos seguir os rastros deixados pelos atores, mostrando as associações estabelecidas e as práticas que conferem a este campo de relações entre humanos e humanos e entre humanos e não humanos a denominação de biorrede.

Um gene, uma condição, uma doença: diversas abordagens sobre a doença falciforme

A doença falciforme está inserida em um campo científico normativo e num campo sociocultural controverso. Historicamente, a compreensão e

atuação sobre a doença passou por modificações que incorporaram paradigmas diversos. Segundo pesquisadores (NAOUM; NAOUM, 2004), alguns paradigmas como a origem monocêntrica (originada em um único continente, África) e multicêntrica (originada em outros continentes concomitantemente) têm gerado discussões que circulam entre argumentos geográficos e raciais, aspectos genéticos e ambientais. Sabe-se que, antes da chegada de negros e negras nas Américas, não há registros da doença, podendo ser pensada, independente da vertente mono ou multicêntrica, sob um aspecto diaspórico. Em África, abundam relatos sobre a doença anteriores a sua constatação científica. Exames radiológicos de ossos de múmias e restos mortais que viveram há mais de sete mil anos mostraram lesões características dessa condição genética. Algumas tribos africanas utilizavam a tatuagem para identificar os doentes e proibir o casamento com membros sadios. No Brasil, poucas pesquisas foram realizadas antes da década de 30 do século XX, sabe-se que relatos semelhantes às características da doença foram encontrados entre escravos, sendo considerada a causa de grande mortalidade infantil e abortos.

Considerada por muito tempo como uma doença do sangue, uma hemoglobinopatia, a doença falciforme acompanhou os avanços técnicos, científicos e políticos. Mesmo sendo considerada uma doença genética, ainda hoje seu tratamento se concentra nos hemocentros. A ideia de pureza e perigo esteve sempre presente (sangue bom e sangue ruim) e o sangue negro foi considerado o propagador do gene falciforme, um marcador étnico e racial importante por muito tempo no Brasil para classificações raciais. A descoberta do gene falciforme marca a história da biologia molecular, primeira doença genética que teve causa identificada, entretanto, pouca ênfase é dada a esse feito. Seguindo o gene (LATOURET, 2013), podemos encontrar associações importantes no campo científico e social que nos revelam arranjos interessantes entre aspectos biológicos, genéticos e socioculturais, adensando ainda mais as discussões em torno de políticas e cidadania para pessoas com a doença.

Não podemos descartar a imbricada rede de relações entre natureza e cultura, que são, às vezes, purificadas nos discursos científicos na elaboração de fatos. Assim, uma grande discussão é levantada no Brasil sobre a ênfase nos aspectos raciais da doença – as aparências que enganam (FRY, 2004) – e aspectos culturais relacionados à miscigenação. Seguindo as controvérsias no campo científico e das políticas de saúde, verifica-se que há a formação de uma rede complexa, que vai da descoberta do gene – a identificação científica de uma condição genética – às práticas e representações sobre uma doença. Annemarie Mol (2008) chama atenção para a performance que as doenças adquirem em contextos diversos e como elas interferem em decisões políticas marcadas por relações de poder. A história da doença falciforme deve ser

compreendida através das práticas e representações que embasaram intervenções no campo das políticas de saúde.

A formação de coletivos biossociais: tecendo redes

Seguindo trilhas deixadas pelas complexas relações em torno da doença falciforme, podemos observar a formação de redes cujos discursos e práticas giram em volta da relação natureza e cultura. Defino essa rede como biorrede, no sentido de enfatizar os aspectos biológicos entorno de uma doença em que muitas relações são estabelecidas a partir de um motivo biológico, sem deixar de fora os aspectos socioculturais inerentes à formação de redes. Nesse sentido, falamos de uma rede sociotécnica (LATOURET, 1994), pois não só humanos estão interagindo. Nessa rede, as agências são ampliadas de forma associativa desde um gene a um cuidado médico, a uma reivindicação política pautada em demandas de condições genéticas, um exame, o desenvolvimento de medicamentos até uma decisão política.

Fui surpreendida com a quantidade de agenciamentos e atores no hemocentro, me fez lembrar o conceito de Latour de rede sociotécnica. Tudo começa com o gene agindo no organismo trazendo modificações na percepção da pessoa no mundo, exames para confirmação em que se tem contato direto com objetos técnicos científicos, os medicamentos utilizados e a relação estabelecida entre pessoa e “remédios”, os exames clínicos, a medição as vezes mensais de taxas, o sangue, as dores, essas as mais enfatizadas pelas pessoas. Indo em busca de uma relação, a princípio em minha mente, social, encontrei aquilo que Latour enfatizava as relações entre humanos e não-humanos, entre ação e técnica, ciência e política. A ideia de multiplicidade e complexidade marcaram meu trabalho de campo hoje (Diário de Campo, Recife, 2011).

Pelas limitações em apresentar todas as associações desta rede, priorizo aqui algumas relacionadas ao campo científico, ao campo dos movimentos sociais, do político governamental e das pessoas que convivem com a doença, tentando observar com essa rede atua e quais suas consequências para políticas de saúde.

O campo científico tem atuado voltado para as descobertas genéticas, principalmente ligadas ao sequenciamento do genoma, em pesquisas voltadas para transplantes e no desenvolvimento de novos medicamentos. Com já enfatizado, há muito tempo se sabe onde ocorreu o erro no sequenciamento do gene falciforme causando a mutação. Entretanto, mesmo se tratando de uma doença de grande abrangência, ela não tem muito destaque dentro do

campo da biotecnologia, “uma doença simples, sem muitos segredos”, diriam alguns pesquisadores. É como se já soubéssemos tudo sobre sua origem e desenvolvimento, não precisando de mais esforços científicos para novos avanços, descobertas que ampliem a compreensão da doença e desenvolva, por exemplo, medicamentos mais efetivos e menos agressivos. A grande demora em disponibilizar o transplante, mesmo havendo controvérsias sobre sua eficácia, demonstra que não há prioridade para a doença. A doença genética mais comum no Brasil recebe um pequeno espaço no meio acadêmico, culminando no pouco conhecimento adquirido na formação profissional de médicos e cientistas que atuarão nesse campo, principalmente na clínica médica.

Sabemos que a produção nesse campo é importante, pois embasará políticas de saúde. Os movimentos sociais ligados aos direitos das pessoas com falciforme também se apropriam desse conhecimento para pautar suas reivindicações, mesmo que de uma maneira crítica. As reivindicações não centram apenas nos aspectos biológicos, mas no cuidado ampliado, desde o acesso ao diagnóstico, os cuidados clínicos até o acesso a medicamentos. O depoimento abaixo exemplifica um pouco as questões aqui apontadas.

Ela é uma doença que estruturou a base científica, mas ela não estruturou a assistência. Então gostaria muito que ao final dessa reunião não levássemos a ideia de que falamos em anemia falciforme, mas sim que falamos de pessoas com anemia falciforme. Somos quantos? Não sabemos. O Estado brasileiro nem sabe quanto nós somos. Somos 10 mil, 20 mil, 50 mil, mas nós somos pessoas que necessitamos desde a triagem neonatal, desde o teste do pezinho, até a fase adulta, em todas as fases precisamos de cuidado. Então temos uma discussão: o Estado brasileiro não pode se dar ao luxo de fazer o possível. Ele tem que fazer o que está na Constituição: é dever do Estado oferecer saúde à população. Esse é um debate fundamental. Se não estabelecermos isso, vamos estabelecer aquela primeira discussão que o Paulo Naoum colocou, vamos ser objetos agora de saúde. Fomos objeto de pesquisa, agora queremos ser objetos de saúde? Não. Queremos ser sujeitos, cidadãos e cidadãs deste País. Não podemos considerar que hoje, em 2011, este Senado, este plenário aqui não sabe o que é anemia falciforme, vamos falar uma coisa muito mais grave: profissionais de saúde estão saindo da universidade sem saber o que é anemia falciforme; profissionais de saúde estão à beira de macas, de leitos sem saber o que é anemia falciforme. Então essa invisibilidade histórica não pode ser considerada como uma coisa natural. Ela não é. Como eu disse, várias pessoas fizeram doutorado, mestrado em cima da anemia falciforme, viajaram para Cuba, Jamaica, Estados Unidos, fizeram suas

pós, diversas pós, e por que hoje nós não sabemos? Então esta combinação entre racismo institucional e invisibilidade histórica é um processo fundamental para a gente compreender (Altair Lira, Audiência Pública Senado Federal, 2011).

Como apregoam os estudos da Antropologia da Ciência e da Técnica, o científico é político. No campo político, o Ministério da Saúde procura inserir cientistas especialistas e membros das associações de pessoas com falciforme. Esse grupo técnico auxilia políticas e programas voltados à doença falciforme; apesar da ênfase no político, na ação, não podemos esquecer que um dos pontos que fomenta essa rede de especialistas e ativistas é uma condição genética e o desenvolvimento de uma doença, portanto, uma questão também biológica que, como diria Foucault, pode ser transformada em objeto de política.

Um bom exemplo do diálogo estabelecidos nas conexões da rede pode ser observado no Encontro Nacional sobre Doença Falciforme realizado a cada dois anos, onde encontramos cientistas, gestores, pesquisadores, estudantes, técnicos e representantes das associações, alguns já com pesquisas importantes como Lira (2015). Nesse ambiente, se discute desde inovações técnicas e científicas até a inclusão das pessoas na vida social, no trabalho, nos estudos.

Outras conexões em rede surgem, por exemplo, nos convênios estabelecidos entre o Ministério da Saúde e países africanos. Existe um esforço na cooperação técnica por meio de capacitações de profissionais, implementação da triagem neonatal, construção de hemocentros nos moldes brasileiros e pesquisas científicas. Além dos países africanos, existe cooperação com Cuba, Estados Unidos e França referente a banco de dados da triagem e terapia celular em lesões ósseas.

A cooperação com a África pode ser vista como uma cadeia de ações técnicas (Latour), mas também se observam representações sobre raça relativas à origem da mutação gênica, “A mãe África, o berço da doença falciforme”. A rede, agora internacional, faz circular conhecimento técnico e científico, noções sobre raça, identidade e nação. Se aproximando daquilo que Paul Gilroy (2001) denomina de circulação de culturas e identidades negras, num circuito transatlântico que engloba a África, a Europa e o Novo Mundo, acrescentaria ainda a circulação do próprio gene falciforme. Para exemplificar a importância dada à circulação do gene, no Brasil, em 2016, o Projeto Brasil: DNA África investigou a origem de 150 afrodescendentes brasileiros utilizando o teste de ancestralidade para traçar a história e identidade destas pessoas.

No final, cinco pessoas foram escolhidas para visitar o país de origem de seus ancestrais, o teste identificava inclusive a etnia à qual a pessoa pertencia².

O governo expande a rede de cooperação abarcando os países do Caribe. Em abril de 2012, realizou-se no Rio de Janeiro o Encontro de Doença Falciforme para Países do Caribe, o CARICOM³. Estiveram presentes médicos e profissionais de saúde de diversas instituições governamentais. Esse evento foi uma parceria do Ministério da Saúde com a Agência Brasileira de Cooperação/ABC do Ministério das Relações Exteriores. Além de conhecer a estrutura do SUS, referente à doença falciforme, e a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme, os participantes visitaram o Morro do Alemão e uma Comunidade quilombola em Búzios. Como podemos observar na construção desta (bio)rede, circula também cultura, endossando a ideia aqui defendida de que as esferas biológica e sociocultural, no campo da doença falciforme, estão entrelaçadas, de maneira que é difícil separar as dimensões sem comprometer a compreensão da doença. No discurso abaixo, podemos observar como as pessoas interpretam e dão significado à doença enfatizando o campo da natureza:

O que eu sei é o que o Dr. falou. É uma doença que vem da África que as pessoas desenvolveram por conta do mosquito da malária. Daí, foram passando para seus filhos, seus descendentes até hoje. É por isso que existe essa doença. Não sei, pode ser porque nossos antepassados viviam na natureza, né! Aí desenvolviam doenças que nós não sabemos, apenas herdamos deles. É por isso que é uma doença que dá mais em negros, acho que era mesmo porque viviam na mata, na selva e comiam animais da caça e foi pegando essas doenças e transmitindo né! Até chegar na gente (Paciente, Recife, 2011).

Em sua compreensão, a doença surge e se desenvolve na África, influenciada pelas condições naturais, e chega até nós, no Brasil. A ideia de fluxo e trajetória características de uma rede estão presentes tanto na perspectiva científica, na da militância e na do Estado quanto na das pessoas que são acometidas pela doença. O fato de herdar um gene mutante ganha toda uma narrativa que carrega em si uma visão da África selvagem presente no imaginário das pessoas.

Ainda pensando nas conexões da rede e suas práticas, podemos pensar redes dentro de outras redes, como a Federação Nacional das

² O projeto resultou em documentário Disponível em: <<http://www.afreaka.com.br/notas/projeto-brasil-dna-africa-e-o-encontro-com-ancestralidade/>>. Acesso em: 30 jan. 2016.

³ Mercado Comum e Comunidades do Caribe. É um bloco de cooperação econômica e política, criado em 1973, formado por 14 países e quatro regiões caribenhas. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/mercosul/blocos/CARICOM.htm>>. Acesso em: 16 set. 2012.

Associações de Pessoas com Doenças Falciformes (Fenafal). Esta entidade reúne mais de 40 entidades cadastradas no Brasil. Em cada estado, município, formam-se associações de pessoas afetadas pela doença. Utilizo o termo afetada porque observa-se que não só o indivíduo com falciforme faz parte, mas uma rede mais ampla de familiares, amigos. Muitas associações são coordenadas por pais e mães e/ou parentes de pessoas com falciforme, a exemplo de Altair Lira, da Associação Baiana de Portadores de Doença Falciforme (ABADFAL), pai de uma criança com falciforme e Maria do Carmo, da Associação Pernambucana de Portadores de Anemias Hereditárias (APPHA).

A Fenafal participa dos Ministérios da Saúde, da Educação, da Previdência e Assistência Social, do Trabalho e da Secretaria de Promoção da Igualdade Racial. Na Saúde, compõe o Grupo de Assessoramento de Hemoglobinopatias e o Comitê Técnico de Saúde da População Negra fomentando a movimentação da rede. No âmbito internacional, participa da cooperação entre Brasil-EUA e Brasil- África, e da OPAS, como membro do grupo de *experts* em doença falciforme da América Latina, da Alianza Latina, rede de organizações de apoio a pessoas convivendo com enfermidades do sangue da América Latina, da Rede Media Luna, para integração das associações latino-americanas de apoio, atenção e defesa de direitos das pessoas com doenças falciformes e seus familiares.

O Estado também pode ser visto como um ponto de conexão da biorrede, através de suas ações e no estabelecimento de marcos legais. Nesse sentido, várias políticas de saúde foram criadas, como o Programa Nacional de Triagem Neonatal, a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme, a Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Essas políticas, por mais deficientes que sejam, orientam a assistência e são os elementos utilizados pelos atores na garantia dos seus direitos. Os marcos legais contaram com a participação das associações e, no geral, são elas que cobram do Estado sua efetividade. Nessa conexão, há o que poderíamos chamar de uma expectativa mútua: por parte do Estado, em cumprir suas metas na atenção e promoção de saúde e, por parte das pessoas, a efetividade destas políticas. Em meio às expectativas, muitas coisas acontecem, a dinâmica dessa relação é complexa e depende de vários fatores ligados à administração pública no campo da saúde. Cabe destacar que grande parte do tratamento das pessoas com falciforme concentra-se no SUS. Embora possuindo plano de saúde privado, as pessoas buscam cuidado nas instituições públicas referências neste campo.

Mesmo sabendo que existem cortes e rupturas nas redes (STRATHERN, 2014), advogamos que elas não significam o fim da rede, mas a possibilidade de continuidade, ainda que em outro formato e com novos atores. Nesse sentido, a biorrede se expande atingindo cada vez mais

dimensões, às vezes pouco abordadas, como a noção de cidadania biológica e justiça genética, conceitos importantes para pensarmos o cuidado em saúde e as estratégias de políticas públicas.

Cidadania genética e cuidado na doença falciforme

A antropologia da saúde há tempos teceu críticas à forma como o campo biomédico focava seus esforços na doença e menos nas pessoas afetadas por elas. Abordar a dimensão da cidadania é um bom exercício reflexivo, no sentido de voltar o olhar para os indivíduos, grupos e coletivos. Mais especificamente nas relações que são estabelecidas entre o reconhecimento enquanto cidadão de direito, sua identidade social e os espaços públicos de saúde. Roberto Da Matta chamou nossa atenção para o contexto relacional de desigualdades estabelecidas no Brasil que dificulta o exercício da igualdade plena. Portanto, para pensarmos o conceito de cidadania genética no Brasil, é importante levar em consideração o contexto desigual em que as relações sociais foram estabelecidas, principalmente por ser a doença falciforme uma doença prevalente em negros e negras. Podemos afirmar que a efetivação da cidadania nunca existiu de fato no Brasil, sempre precisamos lidar com contextos em que os direitos garantidos passam pelo crivo das relações inter-pessoais de quem tem poder para exercer essa cidadania.

Quando abordo a relação em rede entre as pessoas e as políticas públicas de saúde, quero enfatizar que as políticas para pessoas com falciforme passam por outras políticas estabelecidas para saúde da população negra. Existe um misto de esferas de desigualdades que precisam ser levadas em consideração. Apesar de acometer qualquer pessoa, o perfil epidemiológico da doença falciforme demonstra que ela passa por uma questão de classe e raça (SILVA, 2014), dimensões que marcam as desigualdades no contexto brasileiro.

Com o advento do Projeto Genoma, muitos pesquisadores chamaram atenção para o processo de genética da vida. O código do DNA guiaria as identidades e, porque não afirmar, as decisões políticas no campo da saúde. Após alguns anos, verificamos que mesmo exercendo um papel importante no campo da biotecnologia, a genética não ocupou o espaço que alguns imaginavam na vida das pessoas. Porém, como mostrou Rose (2014), o avanço da genética propiciou uma nova forma de entrada da cidadania no campo biomédico, pois o discurso genético passou a fazer parte de reivindicações e garantias de direitos. A vida das pessoas estava sendo pautada por meio de uma existência médica, biológica e cognitiva, e questões éticas foram atreladas à administração do corpo: o que fazer? Como me comportar? O que devo comer? Como administrar a reprodução?

Por que isso se relaciona com a cidadania? Porque argumentei, novamente, que os indivíduos estavam, cada vez mais, pensando sobre certas características da cidadania também dentro de um quadro biológico, ainda que as autoridades públicas estivessem se preocupando sobre, digamos, o fardo das doenças mentais de seus cidadãos, ou sobre a chegada da epidemia da obesidade, sobre as implicações potenciais de uma epidemia de demência. As autoridades procuravam administrar aqueles que habitavam os seus territórios para tentar minimizar tais ameaças. Então, visto de cima, por assim dizer, a natureza dos cidadãos está ligada à natureza da biologia deles (ROSE, 2014, s/p).

Nesse sentido, vimos aflorar vários coletivos biossociais que tiveram papel importante no processo de governança em saúde. No caso do Brasil, podemos verificar o quanto esses coletivos foram agentes importantes em políticas de saúde voltadas, por exemplo, para Aids. Uma vez que ênfase aqui a questão das redes, busco pensar, como Latour (2013), que não há grupos mais formação de grupos, nesse sentido, os indivíduos agregam-se sempre em associações diversas. Procuo olhar para os grupos aqui enfocados com em formação. As associações de pacientes, por exemplo, estão em constante *devir*, desta forma as performances (MOL, 2008) são importantes elementos dentro da biorrede, pois refletem movimentos, fluxos, atuação. Para o caso da doença falciforme, esta pode ser performada de diferentes formas, a depender do contexto e dos atores envolvidos (SILVA, 2016).

Seguindo uma linha latouriana, podemos sim falar em coletivos com poder de ação no campo político. Quando no discurso acima apresentado, Altair Lira reforça a passagem da lógica de intervenção para a lógica do cuidado, percebe-se que, de uma forma talvez ainda tímida, a voz dos atores sociais afetados pela doença foi minimamente ouvida, ou levada em consideração. Quanto à lógica do cuidado – não me refiro aqui ao cuidado de si, mas ao cuidado público –, Mol (2008), ao estudar o contexto do cuidado com pacientes com diabetes, identificou duas lógicas atuando, a lógica da escolha e a lógica do cuidado. A lógica da escolha para doenças genéticas por si já é problemática, uma vez que ninguém escolhe nascer com características geneticamente determinadas. Essa lógica, no Brasil, como demonstraram Diniz e Guedes (2003), culpabiliza os pais por não terem um comportamento genético correto, o de evitar o nascimento de filhos doentes gerando custo para o Estado. A lógica do cuidado, por sua vez, não centra o problema no indivíduo e foca possíveis soluções na ação coletiva e mais distribuída. A cidadania aqui não diz respeito apenas a direitos e deveres individuais, mais a ações coletivas que distribuam equitativamente ônus e bônus do processo que envolve as pessoas, a doença e a esfera política. A busca por maior qualidade

de vida das pessoas afetadas pela falciforme está na agenda das associações e suas conquistas atingem várias pessoas, como a obrigatoriedade do teste de eletroforese no pré-natal e a prática do aconselhamento genético.

Entretanto, uma cidadania adjetivada cidadania genética refere-se a duas dimensões vistas por muito tempo como separadas. Cidadania referindo-se ao indivíduo no campo social e genética referindo-se ao campo biológico. Se por um lado ela incorpora os direitos de determinados segmentos que não estão incluídos de forma geral nas políticas de saúde, por outro lado, ela pode escamotear direitos mais abrangentes. Por isso opto por falar em cidadania genética ou biológica ampliada, pressupondo que ela não pode ser vista separada de outros marcadores de desigualdades sociais. Estas questões estão presentes no fluxo das ações individuais, coletivas e políticas, e acessá-las através de uma biorrede move nossa atenção para o centro onde as associações são feitas e refeitas a cada instante. Se numa biopolítica não podemos prescindir da força com a qual a biologia se impõe, podemos, no campo político, tomar decisões sobre cuidados que se aproximem de um exercício de cidadania mais equânime.

Para encerrar, gostaria de retomar a letra da música colocada no início. Podemos ser aranhas e tecer os fios da teia (rede) puxando-os, podemos seguir os caminhos, os traços deixados nessa prática e quem sabe conhecer um pouco da ciência das aranhas, ou das formigas, como diria Latour (2013). Elas deixam rastros e seguindo-as chegaremos às conexões que talvez nos auxiliem na compreensão das estratégias estabelecidas entre os atores no estabelecimento de políticas públicas de saúde mais efetivas.

Referências

- AYRES, Ricardo. O cuidado e o espaço público da saúde: virtude, vontade e reconhecimento na construção política da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; JUNIOR, A. G. S. (org). **Cidadania no cuidado**: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC, 2011.
- BRODWIN, P. Genetics, identity, and the anthropology of essentialism. **Anthropological Quarterly**, n. 75, p. 444-461, 2000.
- BUCHANAN, A. et al. **Genética y Justicia**. Madri, España: Cambrigde University Press, 2002.
- DINIZ, D.; GUEDES, C. Anemia falciforme: um problema nosso. Uma abordagem bioética sobre a nova genética. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1761-1770, nov.-dez. 2003.
- FRY, P. As aparências que enganam: reflexões sobre 'raça' e saúde no Brasil. In: MONTEIRO, S.; SANSONE, L. (org.). **Etnicidade na América Latina**: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

HEATH, D.; RAPP, R.; TAUSSIG, K.-S. Genetic Citizenship. In: NUGENT, D.; VICENT, J. **A Companion to the anthropology of politics**. Oxford, UK: Blackwell Pub., 2007.

LIRA, A. Análise da Assistência ofertada às gestantes com Doença Falciforme, em Salvador/BA: O Racismo nas Tramas e Enredos das Redes do SUS. 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/18322/1/DISS%20MP.%20Altair%20Lira.%202015.pdf>>. Acesso em: 6 mar. 2017.

LATOURETTE, B. **Jamais fomos modernos**: ensaios de antropologia simétrica. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1994.

_____. **Reagregando o social**: uma introdução à teoria Ator- Rede. São Paulo: Edusc; Edufa, 2013.

MOL, A. Política Ontológica. Algumas ideias e várias perguntas. In: NUNES, J. A.; ROCHA, R. **Objetos Impuros**. Experiências em estudos sociais e ciência. Porto: Melhoramentos, 2008. p. 63-174.

NETO, V. V. G.; SANTOS, R. V. Biorrevelações: teste de ancestralidade genética em perspectiva antropológica comparada. **Revista Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 17, n. 35, p. 227-255, 2011.

NAOUM, P. C.; NAOUM, F. **Doenças das células falciformes**. São Paulo: Sarvier, 2004.

RABINOW, P. **Antropologia da Razão**. Rio de Janeiro: RelumeDumará, 1999.

RABINOW, P.; ROSE, Nicolas. O conceito de Biopoder Hoje. **Política & Trabalho**, Revista de Ciências, n. 24, p. 27-57, abr. 2006.

ROSE, N. Biopolítica e Complexidade. Da cidadania biológica à ética somática. Entrevista com Nikollas Rose. Revista do Instituto HumanitasUnisino- Online. 2014. Disponível em: <<http://www.ihu.unisinos.br/entrevistas/536432-biopolitica-e-complexidade-da-cidadania-biologica-a-etica-somatica-entrevista-especial-com-nikolas-rose>>. Acesso em: 1 set. 2016.

SILVA, A. C. R. **Compartilhando genes e identidades**: orientação genética, raça e políticas de saúde para pessoas com traço e doença falciforme em Pernambuco. Recife: Ed. da UFPE, 2014.

_____. Políticas Ontológicas e Realidades Múltiplas: a doença falciforme performada na prática. **Revista Antropológica**, Recife, ano 20, v. 27, n. 2, p. 169-195, 2016.

STRATHERN, M. Cortando a rede. In: **O efeito Etnográfico**. São Paulo: Cosac & Naif, 2014. p. 295-320.

CAPÍTULO 12

A incrível fábrica de hormônios, receitas e moralização: notas sobre os esteroides anabolizantes androgênicos

Danielle Ribeiro de Moraes

Ana Paula Alves Ribeiro

Luis David Castiel

Neste texto, apresentamos apontamentos sobre os esteroides anabolizantes androgênicos (EAA)¹ que serviram de mote para um objeto de pesquisa que vem sendo construído desde a década de 2000: o discurso médico sobre os riscos que envolvem o uso de substâncias e seus efeitos sobre as práticas sanitárias. Este trabalho é endereçado ao campo da Saúde Coletiva e a como seus modos, baseados no discurso da performance e do gerencialismo, de um lado, e dos riscos em saúde, de outro, se fazem presentes nas atuais formas de analisar e orientar as práticas em saúde.

Entendemos que o que chamamos de *gerencialismo arriscado* produz situações paradoxais que permeiam, primeiro, a produção do conhecimento, em que se localizam o campo da saúde e as ideias-força da saúde coletiva; e, segundo, a relação de pesquisadores do campo com seus objetos de estudos e seus modos de fazer pesquisa em saúde, que muitas vezes naturalizam um olhar utilitarista que reflete a mercadorização da pesquisa, das práticas e tecnologias em saúde. Esses processos de naturalização respaldam o lugar de autoridade em que se encontra o discurso médico e os processos de moralização daí emanados.

Essa trajetória de pesquisa é orientada pelos estudos sociais da ciência e pela análise de discurso de tendência foucaultiana. Ao longo desses anos, foram privilegiados na análise textos acadêmicos da área biomédica, utilizando uma base de recuperação de referências como “ferramenta arqueológica” (aos moldes da arqueologia de Michel Foucault). Em um primeiro momento, foi feita uma análise de enunciações sobre os riscos de anabolizantes na literatura biomédica, problematizando a classificação médica dos usos banidos e autorizados dos EAA. Em um segundo momento, foram identificadas redes de cooperação de autores que atuam na produção de (novos) objetos de pesquisa e processos autorizadores do discurso médico como organizador da vida social, mecanismos biopolíticos em torno do que é arriscado para a saúde das

¹ Este texto foi adaptado a partir da tese de doutorado em Saúde Pública intitulada *Entre tiro, porrada e bomba: esteroides anabolizantes androgênicos, gerencialismo arriscado e os discursos médicos moralizantes* (MORAES, 2016), defendida na Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), no primeiro semestre de 2016. Contou com Luis David Castiel e Ana Paula Alves Ribeiro como orientadores.

pessoas, propostas de controle de riscos e processos de moralização aí implicados, a partir da exploração das metáforas sobre a noção de *doping*.

Para o presente texto, optamos por apresentar um recorte do percurso investigativo mencionado, que reflete as fases iniciais de construção do objeto de pesquisa, o que só foi possível a partir do momento de estranhamento da literatura reconhecida como científica, oriunda do mesmo campo em que ocorreu a maior parte da formação da primeira autora – a saber, a Saúde Coletiva. Este capítulo representa um esforço de sistematizar uma “apresentação” sobre os anabolizantes, oriunda do discurso médico, ao passo em que problematiza a emergência dos EAA e do discurso sobre seu uso.

O estranhamento do familiar

Conforme mencionado, eram os anos de 2004/2005 e a primeira autora desenvolvia atividades de pesquisa em um laboratório de educação e comunicação em saúde no Instituto Oswaldo Cruz, na Fiocruz, cidade do Rio de Janeiro. As atividades se relacionavam à etnografia de práticas educativas ocorridas em projetos sociais naquela cidade e eram fruto de uma trajetória formativa que combinou a graduação em medicina, a residência médica em medicina preventiva e social, com área de concentração em gestão e epidemiologia em serviços de saúde, a inserção em projetos de extensão universitária e em movimentos sociais voltados à luta pelos direitos de portadores do HIV/Aids, inicialmente e, depois, à imbricação desta temática com o debate sobre as relações de gênero, e o acúmulo em leituras sobre saúde coletiva, risco e prevenção ao longo do mestrado em saúde pública.

No mesmo laboratório, a antropóloga Fatima Cecchetto realizava uma etnografia sobre a construção social das masculinidades, tendo como *ethos* privilegiado para o estudo o circuito de lutadores de jiu-jitsu em academias da mesma cidade². Durante a etnografia, para a compreensão desse circuito, tornou-se necessário entender o que vinham a ser os EAA e os possíveis riscos a eles associados, uma vez que alguns informantes mencionavam essa questão. Esse foi o convite à participação da primeira autora – como médica especialista em saúde pública, mediar um léxico existente entre medicina, saúde coletiva e antropologia.

Ao realizar um procedimento comum para profissionais de saúde que se deparam com a necessidade de selecionar textos da área biomédica sobre um determinado tema, inicialmente foi feita uma busca por artigos de revisão, em uma base de recuperação de referências chamada PubMed³, bastante

² O conteúdo deste trabalho pode ser verificado “A sina de ser forte”, de Cecchetto (2009).

³ O PubMed é um indexador de textos acadêmicos da área biomédica, ligado aos Institutos Nacionais de Saúde (National Institutes of Health - NIH) do governo estadunidense. Está disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>>. Conseguem-se algumas informações dos textos, o que

difundida nesse meio. Na época, a busca proporcionou tanto a resposta à demanda inicial de Fátima (o que eram EAA e quais os riscos envolvidos em seu uso, segundo a biomedicina) quanto a surpresa diante da clara tendência moralizante presente nos textos, que em geral não eram respaldadas nas seções de “material e método”.

Remontando a esse período, decidimos, neste texto, apresentar os EAA sob seu aspecto biomédico-farmacológico, que é o dominante no interior do discurso médico. Este aspecto, construído sob a lógica da biomedicina, orienta a configuração do discurso sobre as classificações de uso e dos riscos em saúde atribuídos a essas substâncias, as condutas clínicas a elas relacionadas e, ainda, povoa as políticas públicas voltadas a regular seu uso.

Abordamos questões que localizam a imbricação entre a construção do conhecimento sobre os hormônios sexuais e uma dada construção farmacológica do gênero, em que o entendimento da fisiologia hormonal masculina se aliou ao desenvolvimento de fármacos análogos aos hormônios sexuais – e de outros aparatos do complexo produtivo da saúde - e, assim, orientaram a atual classificação de usos medicamente chancelados e daqueles proscritos. Apontamos, de modo sucinto, o quanto a política nacional de saúde do homem parece permeável a essa primazia da função sexual masculina, por um lado, e do quanto, por outro lado, a perspectiva da masculinidade hegemônica - em que, tal como em outras esferas da atualidade, a performance é valorizada – está implicada tanto em indicações clínicas quanto nas justificativas para banimento do uso de EAA.

Hormônios sexuais, testosterona e anabolizantes

O consumo de anabolizantes vem ganhando espaço na agenda da saúde pública de diferentes países, em função do que se reconhece nesta arena como abuso dessas substâncias (HANDELSMAN, 2006; WOOD, 2008; KANAYAMA et al., 2008; QUAGLIO, 2009; IRIART, 2009). No Brasil, segundo a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad), o consumo de anabolizantes vem sendo reportado sobretudo entre homens jovens. De acordo com a Senad, em um estudo seccional realizado em 2009 entre universitários de todas as capitais brasileiras, verificou-se que 3,8% dos sujeitos pesquisados referiram já ter feito uso de anabolizantes em algum momento em suas vidas; neste percentual, houve predominância de respondentes do sexo masculino. Em comparação com dados do

geralmente inclui o resumo, porém o acesso ao texto completo depende da política editorial de cada periódico. Estima-se que metade dos periódicos científicos tenha uma política de acesso pago aos textos completos (LESTER, 2012).

levantamento nacional anterior, realizado em 2005, os EAA estão entre as substâncias das quais foi relatado aumento do consumo (BRASÍLIA, 2010)⁴.

Dados como esses sustentam o surgimento de estratégias de enfrentamento e prevenção do abuso de EAA, autorizando sua delimitação como problema de saúde pública. O argumento central para isso é o reconhecimento de que os anabolizantes, a exemplo de outras drogas, quando usados indiscriminadamente, trazem riscos à saúde de quem os utiliza, podendo também conferir perigo a terceiros. No campo da saúde, este “estatuto de uso indiscriminado” aparece diante da cisão entre dois tipos de uso, em uma classificação encontrada a partir da análise de periódicos da área biomédica, em pesquisas anteriores (CECCHETTO; MORAES; FARIAS, 2012). Isso aparecerá a seguir.

Por ora, cabe tecer algumas considerações sobre os EAA, necessárias ao entendimento da crítica aqui colocada: refiro-me aos aspectos históricos e fisiológicos da testosterona, além dos efeitos dessas drogas que aparecem como “riscos à saúde” na literatura biomédica e cuja descrição ajuda, portanto, a circunscrever os diferentes tipos de uso segundo o discurso médico.

Vale ressaltar que, a exemplo das notórias análises realizadas por Thomas Laqueur acerca da construção científica da anatomia sexual e sua articulação com as normas sexuais (LAQUEUR, 2001), também os “hormônios sexuais” assumem papel parecido na definição do que é normal ou não, no que diz respeito à ordem sexual e seus desdobramentos sobre o ordenamento social (ROBERTS, 2007). Os processos de isolamento das substâncias químicas identificadas como hormônios sexuais remontam ao final do século XIX, e foram seguidos, algumas décadas depois, pela síntese de fármacos análogos a esses hormônios.

A endocrinologia assumiu, assim, um papel fundamental na caracterização do que seria normal ou anormal, masculino ou feminino, segundo as funções descritas desses hormônios. Como desdobramento quase “natural”, o conhecimento endocrinológico passou a auxiliar no delineamento de uma função sexual normal, distintiva dos sexos masculino e feminino e, por consequência, a definir as disfunções da seara sexual.

Com esta tendência medicalizadora⁵, estava aberto o caminho para o “uso médico” dos fármacos análogos dos hormônios sexuais. Este uso requer o agenciamento de um complexo produtivo que inclui os fármacos, a prescrição

⁴ No estudo de 2009, as substâncias em que foi constatado aumento do relato de uso foram: maconha, solventes, cocaína, estimulantes, benzodiazepínicos, alucinógenos, *crack*, anabolizantes e barbitúricos.

⁵ Conforme Peter Conrad (2007) indica, os processos de medicalização conferem “jurisdição médica” a diferentes dimensões da vida. A eles dizem respeito não apenas as ações que cercam diferentes recursos terapêuticos, mas a ampliação (ou o estreitamento) da nosologia, as tecnologias de aprimoramento (*enhancement*), entre outros aspectos.

médica, os profissionais de saúde, kits laboratoriais para dosagem dos hormônios corporais, outros aparatos diagnósticos para identificar e tratar seus efeitos adversos⁶, e todo o desenvolvimento tecnocientífico implicado em cada um desses itens.

Essa tendência pode ser vista a partir de uma leitura ilustrativa do *Tratado de Fisiologia Médica*, editado por Guyton e Hall (2006). Neste livro, os andrógenos são definidos como hormônios esteroides que possuem características masculinizantes. Entre eles, o principal é a testosterona, geralmente conhecida por ser o “hormônio masculino”, uma vez que é muito mais abundante em homens do que outros hormônios sexuais (tais como diidrotestosterona e androstenediona). A testosterona é também encontrada em quantidades muito maiores em homens do que em mulheres.

Nos homens, a testosterona é produzida nos testículos, nas células intersticiais de Leydig. Em menor quantidade, homens e mulheres possuem secreção de testosterona por outros locais do corpo, como nas glândulas adrenais. Como ocorre com outros compostos esteroides encontrados em humanos, este hormônio é sintetizado naturalmente a partir do colesterol e da acetilcoenzima A. Segundo Guyton e Hall (2006, p. 1004), ela é responsável pelas “características distintivas do corpo masculino”, e seus efeitos iniciam-se na fase fetal, quando, a partir da 7ª semana de gestação, o cromossomo Y induz à secreção de testosterona, levando ao desenvolvimento do pênis, do escroto, da próstata, vesícula seminal e dos ductos genitais masculinos.

É digno de nota que o próprio tratado de fisiologia já indica que não existirá, necessariamente, alinhamento entre o sexo cromossômico e o aparecimento da genitália classificada (binariamente) em masculina ou feminina, uma vez que, caso haja injeção de altas doses de andrógenos na gestação em fetos originalmente XX, haverá o desenvolvimento de características primárias masculinas. Igualmente, caso haja remoção de testículos precocemente na fase fetal, haverá desenvolvimento de genitália feminina em fetos XY. Como se vê, o conhecimento médico sobre a fisiologia sexual mostra arbitrariedade na classificação binária supostamente “natural” dos sexos, sobretudo em épocas de intensa manipulação tecnológica dos corpos.

Continuando a leitura de Guyton e Hall (2006), após o nascimento, em geral os homens possuem o pico de produção de testosterona na idade adulta,

⁶ Como é o caso da terapia de reposição hormonal (TRH) em mulheres, que requer o rastreamento mais amido de dos cânceres de endométrio e de mama, uma vez que o uso desses hormônios sintéticos leva ao aumento do risco desses cânceres. Isso quer dizer que, para além da prescrição e do acompanhamento dos níveis dos estrógenos, detectados por exames de sangue, a TRH implica na abertura para a realização de tantos outros exames complementares, como mamografias de alta resolução, eventualmente vídeo-histeroscopias, biópsias e exames anatomopatológicos etc. O mesmo ciclo de rastreamento é esperado na ainda controversa TRH masculina, uma vez que o uso de EAA leva ao aumento do risco de câncer de próstata.

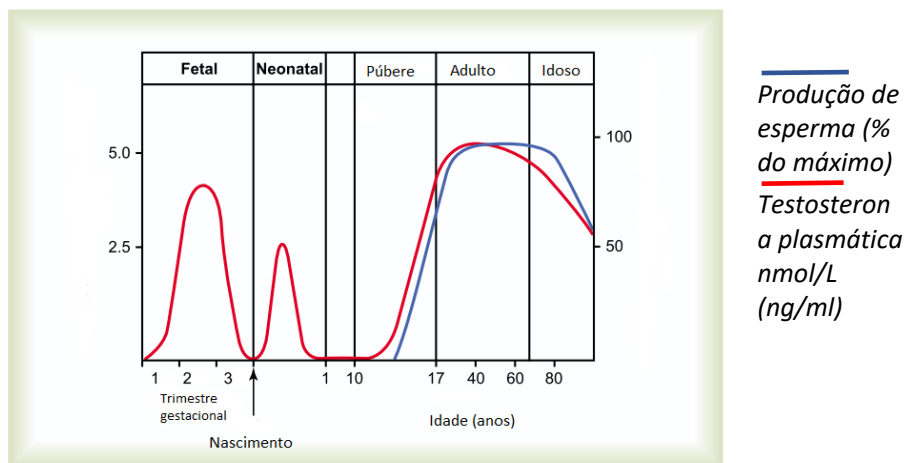
em média após os dezessete até os cinquenta anos, quando sua produção passa a diminuir gradualmente (como se vê na Figura 1). Após a puberdade, a testosterona leva ao aumento dos órgãos sexuais masculinos, que terão crescido cerca de oito vezes antes dos 20 anos.

A testosterona é responsável pelos efeitos de desenvolvimento de características sexuais secundárias: distribuição dos pelos corporais de forma mais prolífica que em mulheres; hipertrofia da mucosa laríngea e aumento da laringe, com conseqüente timbre grave da voz; engrossamento da pele e aumento da secreção das glândulas sebáceas, o que pode estar relacionado com aparecimento de acne; função anabólica, com concentração proteica em tecidos não musculares, além do desenvolvimento dos músculos, com aumento da massa muscular. Para Guyton e Hall (2006), é este efeito anabólico que suscita o uso de derivados sintéticos tanto entre atletas quanto em idosos, que buscam aumento de performance.

Além disso, o conhecimento sobre fisiologia humana mostra que a testosterona leva ao aumento da matriz óssea, causando alargamento e crescimento de ossos, além de retenção de cálcio pelos ossos. Este é um dos motivos de ter sido usada para o tratamento de osteoporose em homens idosos. No entanto, ela é também responsável pelo fechamento de epífises após o crescimento dos ossos, fazendo com que cesse o crescimento. A administração de altas doses de testosterona pode levar a até 15% de aumento na taxa de metabolismo basal, possivelmente em função de seu efeito anabólico, tendo repercussões globais nas células corporais. Ainda, ela aumenta o número de células vermelhas do sangue. Por fim, um efeito que não é específico de andrógenos, mas de esteroides de modo geral, a testosterona pode aumentar a reabsorção de sódio pelos túbulos distais dos rins o que, em doses consideradas não usuais, pode levar à retenção hídrica pelo organismo.

Guyton e Hall (2006) descrevem esses efeitos da testosterona sobre o corpo humano com o cuidado de sinalizarem que muitos deles foram verificados, sem, no entanto, ainda ter se conseguido sua completa explicação em termos fisiológicos. Um ponto chamou a atenção ao revisar a leitura do tratado, apresentado na Figura 1.

Figura 1 - Reprodução com tradução livre da representação gráfica de Guyton e Hall (2006)



Fonte: representação gráfica de “diferentes estágios da função sexual masculina como refletida segundo os níveis plasmáticos médios de testosterona (linha vermelha) e produção de esperma (linha azul), conforme diferentes idades.” (GUYTON; HALL, 2006, p. 1005).

Esta representação dos conhecimentos fisiológicos apresenta a relação entre o que se entende por uma “função sexual masculina” normal, à luz da biomedicina, com a capacidade de produção de testosterona pelo próprio corpo. Nesta *sexualidade funcional*, a capacidade reprodutora é peça-chave, uma vez que o gráfico coloca lado a lado, emblematicamente, testosterona e produção de esperma como aspectos de um papel sexual masculino fisiológico.

A análise da Figura 1 nos reporta a trabalhos que exploram a testosterona como metáfora de masculinidade, como foi feito por John Hoberman (2005). Este autor expõe que esta metáfora remonta a períodos anteriores à síntese farmacológica dos anabolizantes, tendo sido construída historicamente em torno da busca por uma substância revigorante que proviria dos testículos. Neste sentido, cita como exemplo o fato de um fisiologista francês chamado Charles Brown-Séquard ter reportado, em 1889, efeitos de rejuvenescimento, como aumento da força física e da “energia intelectual”, após autoaplicação de um extrato de testículos de cães e de porquinhos-da-índia (HOBERMAN; YESALIS, 1995).

Brown-Séquard referendava, em seus experimentos, a noção de “secreção interna”, proposta por Claude Bernard em 1855, na medida em que defendia que as funções dos testículos poderiam ser aprimoradas ou restauradas partindo-se da reposição das substâncias por eles produzidas. A ideia de Brown-Séquard, de que secreções internas agiam como reguladores fisiológicos, foi fundamental para o desenvolvimento da endocrinologia como disciplina. Na esteira dessas noções, a palavra hormônio (do grego *horman* – excitar, estimular) foi cunhada em 1905.

Com efeito, seu relato causou rebulição no meio acadêmico e incentivou a organoterapia⁷ entre vários pesquisadores. Brown-Séquard forneceu, sem custos, amostras de seu extrato a outros dispostos a utilizá-lo em experimentos. Isso causou uma onda de testes usando o *liquide testiculaire* em inúmeras doenças, tais como tuberculose, câncer, diabetes, paralisia, gangrena, influenza, histeria e enxaqueca. Hoberman e Yesalis (1995) comentam que as origens desta suposta nova ciência de extratos animais encontram-se em tradições terapêuticas mais antigas, baseadas na crença, presente em diferentes culturas, de que pedaços de órgãos de animais pudessem gerar efeitos benéficos em partes análogas do corpo humano. Nessas tradições, a genitália de animais era muitas vezes associada à virilidade.

Sabemos que os modelos explicativos do processo saúde-doença se modificaram com o tempo e não se pode dizer que os pesquisadores da modernidade operavam segundo os mesmos sistemas de crença que os vedas, egípcios, ou europeus medievais. No entanto, pelo menos quanto à força metafórica, Hoberman e Yesalis (1995) defendem que o vigor da organoterapia mostra o quanto antigos e modernos, do mesmo modo, não separavam o mito sexual da biologia sexual, ao menos quando se trata da virilidade.

No mesmo caminho ocorreram transplantes testiculares “tecnicamente bem sucedidos” a partir da década de 1910, ao passo em que a teoria espermática era desenvolvida, tendo o interesse diminuído quando aconteceu a síntese farmacológica de EAA, na década de 1930. O “sucesso” consistia, nas descrições da época, no transplantado conseguir ereção, ter desejo e consumir o ato sexual. Ainda que houvesse vários relatos deste tipo de procedimento, a técnica habitava a fronteira entre o charlatanismo e a prática médica cientificamente aceita na época.

Com a introdução dos fármacos EAA e o aporte financeiro da indústria farmacêutica, a busca pela virilidade perdida ganhou um lugar legitimado na pesquisa médico-científica e, conseqüentemente, na prática clínica. Em farmacologia, os EAA são classificados como fármacos do tipo “droga

⁷ A organoterapia diz respeito a técnicas que se utilizavam de extratos ou partes de órgãos provenientes de seres humanos ou de outros animais.

sintética”, que promovem aumento da força e massa muscular como efeitos esperados mais comuns (BRUNTON et al., 2008), uma vez que funcionam como análogos do hormônio sexual testosterona e outros hormônios andrógenos, produzidos pelo corpo humano.

A androsterona foi o primeiro anabolizante sintetizado em 1931, na Alemanha. Seguiu-se a síntese de outros compostos, sendo sua classe denominada de *andrógenos*, na mesma época de outras “descobertas” na endocrinologia (como a do glucagon, hormônio com efeito importante sobre o metabolismo dos carboidratos). O efeito análogo aos hormônios naturalmente produzidos do primeiro composto foi identificado ainda na mesma década, a partir de sua observação inicialmente em cães castrados e, posteriormente, em homens eunucos, ao passo em que os demais compostos da mesma classe eram sintetizados. Na década seguinte, de 1940, foram realizados estudos que identificaram os efeitos de aumento de massa muscular em razão da hipertrofia em cobaias (KOCHAKIAN, 1990).

O histórico dos usos clínicos dos EAA ocorre em meio à corrida da indústria pelo estabelecimento de patentes desses diferentes compostos. Inicialmente, o propionato de testosterona foi administrado em ensaios clínicos de 1937, tanto em homens com hipogonadismo⁸ quanto naqueles que sofriam de um quadro controverso de “climatério masculino”, que envolvia impotência (HOBERMAN, YESALIS, 1995; HOBERMAN, 2005; ROBERTS, 2007). Anabolizantes foram usados ainda em queixas femininas, tais como aumento do sangramento menstrual, dor nos seios, além de tumores de mama dependentes de estrogênios. Apesar desses empregos e de relatos de consequente aumento da libido feminina, os EAA não se tornaram uma opção terapêutica padrão, sobretudo para esta última queixa, possivelmente em função dos efeitos colaterais de virilização – apesar disto não ter sido considerado um problema entre muitos médicos.

Novamente, as normas sexuais parecem ter um papel importante neste sentido. Noutro exemplo, foram descritas iniciativas de organoterapia, nos anos de 1920, e de uso de anabolizantes, a partir dos anos de 1940, na tentativa de cura do “homossexualismo”. Segundo a visão da endocrinologia corrente na época, a causa para a existência de homens homossexuais residiria no fato de apresentarem quantidades de estrógenos superiores a de homens “normais” (HOBERMAN, YESALIS, 1995; ROBERTS, 2007).

Além do tratamento de hipogonadismo, os usos clínicos atualmente chancelados pela medicina se direcionaram para os efeitos de hipertrofia muscular que, como mencionado, foi descrito na década de 1940. Na atualidade, existem diferentes compostos sendo produzidos e

⁸ Hipogonadismo é uma condição clínica em que há insuficiência de produção de hormônios sexuais. A isso pode também estar associada a baixa produção de espermatozoides, em homens.

comercializados. O *site* do National Institute of Drug Abuse (2006), ligado ao estadunidense NIH, lista os seguintes anabolizantes utilizados comumente como “drogas de abuso”: oximetolona, oxandrolona, metandrostenolona, stanozolol (EAA de administração oral); decanoato de nandrolona, fenpropionato de nandrolona, cipionato de testosterona, undecilenato de boldenona e tetra-hidrogestrinona (EAA de administração injetável).

Em consulta à lista de medicamentos comercializados no Brasil⁹ (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2016), foram localizados os medicamentos que seguem, com seus respectivos nomes comerciais: oximetolona (hemogenin[®]); decanoato de nandrolona (deca-durabolin[®]), testosterona de uso tópico (androgel[®], axeron[®]), undecilato de testosterona (androxon[®], nebido[®]), conjugado de decanoato de testosterona, fempropionato de testosterona, isocaproato de testosterona e propionato de testosterona (durateston[®]) e cipionato de testosterona (deposteron[®]); além disso, há a gestrinona (dimetrose[®]) e o conjugado debenzoato de estradiol, fempropionato de testosterona e isocaproato de testosterona (estandron-p)¹⁰.

Em pesquisa anterior (CECCHETTO; MORAES; FARIAS, 2012), foi verificado que, no presente, os EAA são clinicamente indicados para reposição hormonal em homens incapazes de produzir testosterona (como em casos de castrações traumáticas ou cirúrgicas); em situações em que a pessoa precisa ganhar peso, massa e/ou superfície corporal, sobretudo para a viabilização de outros tipos de tratamento que necessitam desse aumento, como é o caso de cânceres avançados, Aids ou outras síndromes consumptivas; em alguns problemas hematológicos, como na anemia aplástica; em casos de politraumatismos ou queimaduras extensas. Recentemente, outro rol de usos, que chamamos de *emergentes*, vem sendo delineado pelo discurso médico.

O que foge a essas indicações costuma figurar, entre os textos acadêmicos, como “não médico”. Outros termos também habitam esta literatura, sendo usados com o mesmo sentido: “não clínico”, “não terapêutico”, “não farmacológico”, “não fisiológico”, “suprafisiológico”. Eles são enunciados, sobretudo, quando se referem ao uso não mediado – oficial ou legalmente - por um prescritor médico. É interessante, para apresentar esta questão, que dois pontos parecem sofrer um apagamento nestes textos. O primeiro ponto diz respeito ao “uso não médico” ser, muitas vezes, propiciado por um prescritor médico, uma vez que, com a intensificação da regulação

⁹ Consulta realizada a partir da lista de preços máximos de medicamentos por princípio ativo atualizada em 21/01/2016 e disponível no portal da ANVISA em <http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Profissional+de+Saude/Assunto+de+Interesse/Preco+de+Medicamentos>. Acesso em 25 jan 2016.

¹⁰ A gestrinona é um esteroide sintético com propriedades androgênica, antiestrogênica, antiprogestogênica e antigonadotrópica, indicado no tratamento de endometriose. O conjugado de benzoato de estradiol, fempropionato de testosterona e isocaproato de testosterona é usado também em mulheres, em casos de deficiência de estrógenos e para a interrupção da lactação.

sobre os EAA, em alguns casos é necessário apresentar e entregar uma cópia da receita para que se adquira o medicamento. Este é o caso do Brasil¹¹.

Então, eventualmente, médicos ou outros profissionais de saúde participam ativamente da prescrição de EAA para fins “não médicos”. Esta é uma questão mencionada em poucos dos textos analisados e, quando mencionada, inevitavelmente é considerada imoral e análoga ao tráfico de drogas.

O segundo ponto relaciona-se à exiguidade do termo *off-label* para se referir aos usos para a melhora da musculosidade. Tradicionalmente, *off-label* reporta-se a um outro tipo de uso, “além do rótulo”, ou da bula, e está geralmente relacionado a um uso considerado não convencional de um medicamento, que obedeça a uma escolha do médico, orientada pela biomedicina, mas para a qual ainda não se tenha construído suficiente *racionalidade clínica*.

Em outras palavras, *off-label* é o emprego diferente do preconizado e/ou autorizado pelo órgão regulador, ocorrendo em situações clínicas limites (como a escolha de drogas em casos avançados de câncer, quando sucessivas falhas terapêuticas levam a opções terapêuticas não contempladas nos protocolos clínicos) ou em populações em que a segurança de um medicamento não está suficientemente estabelecida (COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS, 2012)¹².

Nota-se que a expressão *off-label* também se reporta a um uso não regulado, mas revestido pelas *melhores intenções* médicas. Aqui, os benefícios claramente superariam os riscos. O termo “não médico” e seus congêneres, ao contrário, trazem a ideia de irracionalidade no emprego das substâncias, remetendo a uma reiterada lista de riscos à saúde e, por conseguinte, colocam o usuário no lugar de pessoa inconsequente e irresponsável, portadora de falhas morais.

¹¹ Os anabolizantes já compunham a lista C5 da RDC 147 (28 de maio de 1999), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que apresenta a primeira atualização das listas de substâncias controladas no Brasil, logo após a criação da agência. No ano seguinte, a lei 9.965 (27 de abril de 2000) define que “A dispensação ou a venda de medicamentos do grupo terapêutico dos esteroides ou peptídeos anabolizantes para uso humano estarão restritas à apresentação e retenção da receita emitida por médico ou dentista”.

¹² Além disso, consideremos que os usos preconizados de um medicamento ou procedimento não são imutáveis. Um exemplo é o do sildenafil, originalmente indicado para o tratamento de angina do peito, no início da década de 1990. Ele não foi considerado uma droga promissora para este fim (possuía meia-vida curta e interações medicamentosas importantes para cardiopatas). Com o interesse crescente da indústria farmacêutica no tratamento medicamentoso de disfunção erétil, um efeito colateral relatado durante a primeira fase dos ensaios clínicos, a ereção peniana, passou a ser o motivo para realização de novos ensaios clínicos, de forma a inclui-lo como efeito desejado da droga. Em 1998, o laboratório Pfizer conseguiu a autorização para comercializar o sildenafil como medicamento para a disfunção erétil nos EUA. Hoje, ele é também considerado para tratar hipertensão pulmonar (GHOFRANI; OSTERLOH; GRIMMINGER, 2006).

Para além dos protocolos (e usos) clínicos

Nos textos examinados sobre o uso “não médico”, percebe-se que as pessoas que lançam mão de EAA buscam, em geral, por aumento de força e massa muscular, melhora de disposição física e do desempenho esportivo (para o que, quando em circuitos de competição, atribui-se o termo *doping*). Seja modificando o corpo a fim de alcançar postos de trabalho (IRIART, 2002), posição social ou uma imagem corporal mais afeita ao ideal viril de masculinidade hegemônica (CECCHETTO, 2009; SABINO, 2002), o uso de EAA parece relacionado ao que David Le Breton descreve como *produção farmacológica de si* (LE BRETON, 2011).

Não desconsideramos que esta construção farmacológica se situa em uma conjuntura de apagamento das fronteiras do corpo, conforme aponta Le Breton. E compreendemos, seguindo as contribuições de Chaves (2009), que essas práticas estão muitas vezes relacionadas com uma “cultura do músculo” individualista e com a busca incansável por um corpo ideal espetacularizado, que pode e deve ser gerenciado, por vezes, a todo custo.

Nossa ressalva volta-se aos momentos em que essas análises sobre corpo, anabolizantes e gênero, muitas vezes de cunho antropológico, são colocadas em cena por estudos do campo da saúde, ou tentam com ele fazer interface. Além da naturalização da dicotomia entre drogas lícitas e ilícitas, não é incomum que etnografias ou observações participantes sirvam de base ao uso de um apriorismo moralizante que propõe tachar este tipo de prática como um comportamento não saudável e, portanto, passível de vigilância e regulação/tratamento.

Nessa direção, é fácil lembrar da vigorexia, cada vez mais foco de investigações e muitas vezes relacionada com o uso de EAA (SOLER et al., 2013). A vigorexia está incluída entre os transtornos obsessivo-compulsivos e, mais especificamente, enquadrada no transtorno dismórfico corporal. Esta entidade nosológica, que já fazia parte do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM*), em sua versão IV-RT, teve seus critérios revistos recentemente no DSM-5, e agora conta com a possibilidade de mais pessoas serem incluídas neste diagnóstico (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Em tempos cada vez mais difíceis para a integralidade das práticas sanitárias, o que o campo da saúde pode oferecer aos vigorexicos? Saem os anabolizantes e, sob o aval de revisões sistemáticas e meta-análises, desenhos de estudo considerados como portadores de maiores e melhores *evidências científicas*, entram a terapia cognitivo comportamental e os antidepressivos da classe dos inibidores de recaptção da serotonina (TIGNOL et al., 2012). No percurso de idas e vindas pelas quais transitam os medicamentos, os

processos de patologização assumem papel fundamental. Com os hormônios sexuais, não é diferente.

Por outra vertente, a análise de Daniela Murta (2014), sobre a patologização da transexualidade, suscita que muitas vezes práticas abjetas, de resistência, são rapidamente capturadas pela perspectiva biopolítica de normatização de gênero através da medicalização. Sua discussão ajuda a revelar o quanto o emprego de hormônios sexuais, usados como parte das tecnologias de alteração corporal no percurso da transexualização, passa de condição invisível ou arriscada para compor um protocolo terapêutico autorizado. Isso acontece na medida em que as pessoas transexuais passam à condição de portadoras do “transtorno de identidade de gênero” quando, então, lhes é outorgado o emprego de hormônios sexuais com o mesmo objetivo das modificações corporais que anteriormente, porém de modo clandestino, buscavam.

De outro modo, ao uso “não médico” (no léxico médico) dos EAA é atribuído um rol de riscos à saúde humana, que variam desde alterações de caracteres sexuais secundários (virilização e/ou feminização) até efeitos irreversíveis das funções hepáticas e cardíaca, por exemplo (HANDELSMAN, 2006). Não obstante, nos artigos examinados, nota-se um esforço expressivo de caracterização dos riscos relacionados ao abuso de EAA; alguns autores, quando revisam a literatura biomédica, apontam para a falta de evidências clínico-epidemiológicas que possam sustentar estratégias preventivas nos moldes de vertentes da redução de danos (ou minimização dos riscos) que não assumem, *a priori*, um pressuposto de abstenção e/ou de criminalização¹³.

Apesar de apoiarem esta tendência menos proibicionista de ações voltadas ao uso indevido de drogas, tais autores advogam que, para darmos este passo no sentido do gerenciamento individual de riscos relacionados aos esteroides (e, portanto, circunscrever o “uso não médico” em uma proposta de redução de danos), é necessário preencher lacunas do conhecimento científico acerca do problema. Estas lacunas residiriam na exiguidade de dados sobre possíveis equivalências dose-resposta que permitam uma estratificação dos riscos.

Portanto, seriam ainda necessários estudos de caracterização de motivações, cenários, frequência e padrões de uso. Para esses autores, incentivar esta produção científica seria agir sanitariamente por, além de não desconsiderar os riscos, compreender que as futuras estratégias de controle devam se adequar às configurações sociais dos usuários (IRIART, ANDRADE, 2002; WOOD, 2008; QUAGLIO et al., 2009; CECCHETTO, MORAES, FARIAS, 2012).

¹³ Sobre os argumentos que sustentam uma tendência proibicionista nas políticas públicas de enfrentamento ao uso de drogas, conferir Fiore (2012). Para uma análise sobre esta temática no campo da saúde, conferir Alves (2009).

Apesar de ensaiarem um tom mais relativista quanto às estratégias de enfrentamento deste *problema de saúde pública*, de todo modo o que se nota é que, na maioria dos artigos examinados, se propunha o banimento do “uso não médico”. Neste sentido, não são incomuns argumentos proibicionistas que repousam em retóricas de base fortemente moral, como a verificada em um artigo que figura entre os mais citados, dentre os analisados. Como ilustração, recorreremos ao texto *Use of doping agents, particularly anabolic steroids, in sports and society* (SJÖQVIST, GARLEM, RANE, 2008), em que se propõe a criminalização da posse de anabolizantes, como modo de prevenir que os homens jovens, tratados como principais usuários dessas drogas, se envolvam em conflitos com a lei.

Tendo sido publicado na revista *The Lancet*, de reconhecida influência na circulação de saberes no meio biomédico, a sequência argumentativa deste texto reverbera o que chamamos de *associação atávica entre agressividade, violência e masculinidade hegemônica* (conforme descrito em Cecchetto, Moraes e Farias, 2012). Este achado é corriqueiro em textos acadêmicos da área biomédica que tematizam o abuso de EAA, em que são naturalmente intercambiados os sentidos do termo *agressividade* (que aqui porta uma definição de fundamento biológico, relacionada à necessidade de um ser vivo, quando em situações de perigo, lutar ou fugir), com os do termo *violência*, um fenômeno socialmente complexo.

Conforme mencionado, o percurso investigativo originou-se do estranhamento desta literatura. Na época mencionada, o que chamou atenção foi o conteúdo de um artigo de Harrison Pope Junior e David Katz, dois pesquisadores estadunidenses, hoje ligados, respectivamente, às universidades de Harvard e Yale.

Intitulado *Homicide and near-homicide by anabolic steroid users* (o equivalente a *Homicídios e quase-homicídios cometidos por usuários de esteroides anabolizantes*), aquele texto foi publicado em 1990 no *The Journal of Clinical Psychiatry*, ligado à Associação Americana de Psicofarmacologia Clínica. Hoje, o periódico encontra-se entre os dez mais citados da área, contando inclusive com um portal de educação médica continuada (THE JOURNAL OF CLINICAL PSYCHIATRY, 2016).

Causou curiosidade a conclusão deste artigo, defendendo que “estas observações levantam a possibilidade de que a violência induzida por esteroides pode representar um problema de saúde pública pouco reconhecido” (POPE, KATZ, 1990, p. 29, tradução nossa). Dois pontos acenavam com um possível tom moralizante nesta literatura: 1) a forma tachativa com que os autores apresentavam essa possibilidade, baseados nos resultados de um método que consistiu em entrevistas com três homens que haviam sido presos em decorrência de crimes violentos e que, segundo os próprios autores, poderiam estar aumentando o valor do papel do uso dos

EAA em seus relatos, com a finalidade de obterem atenuantes frente ao sistema penal; 2) o modo como, a despeito das óbvias e expressivas limitações das conclusões do estudo, seu argumento central era reproduzido em uma variedade de outros artigos.

De fato, na época, o artigo de Pope Jr. e Katz (1990) era um dos que apresentava maior número de citações. Retomando essas buscas de mais de uma década atrás, se lançarmos mão dos termos *crime* e *anabolic* na base Scopus¹⁴ recuperaram-se 50 documentos. O artigo de Pope Jr e Katz contava então com 131 citações, 65 delas desde 2005 e 32 desde 2010.

Neste mesmo espírito, chama atenção uma carta, publicada no *American Journal of Psychiatry*, intitulada “Violent crime possibly associated with anabolic steroid use” (“Crime violento possivelmente associado com o uso de esteroide anabolizante”), datada de 1989, por Conacher e Workman, cujo conteúdo, no entanto, não está disponível pelo portal da Capes. Esta carta possui 81 citações, de 1999 a 2015, 13 delas entre 2010 e 2015. Analisando os resumos disponíveis desses últimos trabalhos, nota-se que eles ainda reproduzem a mesma ideia de que os EAA possam “causar violência” e “estarem associados a crimes”.

Como observado com o texto de Pope Jr. e Katz (1990), não é incomum que alguns estudos, cujos enunciados são perpetuados por outros posteriores, apresentem o que em epidemiologia chamamos de viés de seleção, uma vez que concluem essa possível associação entre agressividade-violência-crime-hormônio-masculino a partir de amostragens construídas com pessoas conscritas, presidiários e presidiárias, muitas vezes com passagem por hospitais psiquiátricos. Ao que parece, esse “viés de seleção” continua passando candidamente despercebido pelos pareceristas anônimos dos corpos editoriais de distintas revistas.

É curioso que isso aconteça mesmo diante do afã publicacionista que tanto valoriza os parâmetros da medicina baseada em evidências. Entendemos esses supostos “deslizes” como partes integrantes de processos de moralização. Esses processos, por sua vez, estão implicados em redes de interesse complexas, integradas por aspectos culturais, jogos de normatização, a mercadorização inerente ao desenvolvimento tecnocientífico, entre outras questões.

Além disso, esta retórica localiza o problema de a “agressividade gerar violência” tanto na supressão dos sentidos, bastante comum no discurso sobre o consumo indiscriminado de drogas (FIORE, 2012; SABINO, 2002), quanto numa suposta tendência de os homens serem naturalmente violentos e, por

¹⁴ Busca realizada em 30 de janeiro de 2016, com os termos *crime* [AND] *anabolic*, na base Scopus, limitada às palavras-chave, título e abstract, realizada em todas as áreas temáticas. A base Scopus é outra base de recuperação de referências bibliográficas, que inclui o PubMed e ainda abrange documentos de outras áreas, além da biomédica.

consequente, mais propensos ao envolvimento com o crime, conforme aponta Will Courtenay (2000).

Esses homens invisíveis, essas próstatas saudáveis!

O referido autor (COURTNEY, 2000) expõe imbricações entre representações das construções de gênero e o discurso médico sobre o risco e aponta questões para a atenção em saúde. Em sua crítica, aponta que as instituições médicas contribuem para a “invisibilidade” da má qualidade de saúde de homens: uma vez que os próprios profissionais estão imersos na dimensão relacional dos papéis de gênero, isso faz com que os sistemas de saúde, em suas práticas e no desenho de políticas, sejam adaptados a uma suposta masculinidade “natural”.

Courtenay (2000) exemplifica várias situações que demonstram que o sistema de saúde trata desigualmente homens e mulheres, de modo a reproduzir as representações sobre os papéis de gênero dominantes. Um dos exemplos citados é a verificação usual, no meio científico, da maior prevalência do uso de substâncias psicoativas ou de envolvimento em situações violentas entre homens sem, no entanto, se desdobrarem investigações sobre o porquê destes achados. Neste sentido, o autor defende a pertinência de investigações que se debrucem sobre as formas pelas quais os serviços de saúde, por meio de suas práticas, contribuem para a construção social da saúde masculina.

Pode-se também encontrar na literatura brasileira autores que apontam para a importância de se entender o papel que normas culturais de masculinidade desempenham na vulnerabilidade dos homens (GOMES, NASCIMENTO, ARAÚJO, 2007; SCHRAIBER, GOMES, COUTO, 2005). Na tentativa de enfrentar essas questões, no ano de 2008 foi lançada no Brasil a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – PNAISH - (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008), o que certamente ocorreu também em virtude da longa pressão de organizações da sociedade civil, a exemplo da formulação de outras políticas de saúde brasileiras.

O documento de 40 páginas demonstra um esforço em pormenorizar, através do instrumental epidemiológico comum aos diagnósticos em saúde coletiva, indicadores de morbidade e mortalidade que se relacionam com a saúde dos homens, deixando acessíveis desigualdades de gênero que permitem dar visibilidade à vulnerabilidade masculina em saúde. E, apesar de suas diretrizes serem baseadas na integralidade e na humanização em saúde, o que se vê em uma breve leitura dos dispositivos de implementação de políticas de saúde brasileiras deixa reticente quem crê em sua materialidade. A começar pela ênfase que o parco conteúdo do *site* do Ministério da Saúde destinado à PNAISH dá aos tópicos “câncer de próstata” e “vasectomias”

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, s/d). Neste caminho, basta verificar de que maneira a prioridade “Saúde do Homem” foi estabelecida no Pacto pela Vida (2010-2011): houve dois indicadores pactuados (metas a serem atingidas), ligados a dois objetivos da programação pactuada e integrada (PPI).

O primeiro, de incluir ações voltadas à saúde do homem em determinados municípios e, para isto, cabia numerar quais os municípios que haviam conseguido incluir tais ações. O segundo, de aumentar o acesso a cirurgias de patologias e cânceres do trato genital masculino (leia-se: ampliar a realização de cirurgias para hiperplasia benigna da próstata e para câncer de próstata) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Levando-se em conta que atingir ou não as metas da PPI incidirá sobre a fatia mais robusta do financiamento em saúde da maior parte dos municípios brasileiros (aquela proveniente do Fundo Nacional de Saúde), começamos a delinear um horizonte em que a tendência gerencialista das políticas tensiona a integralidade do cuidado.

Por outra via, Márcia Couto e colaboradores (2010), em estudo etnográfico sobre o atendimento a homens em unidades básicas de saúde de seis cidades brasileiras, mostram que a invisibilidade masculina desvela-se também na disposição do espaço das unidades, que se apresenta com demarcação predominantemente feminina, com cartazes de campanhas do Ministério da Saúde destinados principalmente a mulheres. Alinhando-se aos achados de Courtenay (2000), do ponto de vista da organização dos serviços, a lógica programática apresentou baixa incorporação do público masculino, o que reflete a percepção de divisões tradicionais de papéis de gênero, não apenas pelos usuários, mas também pelos gestores e profissionais de saúde.

Essas ponderações mostram o quanto ainda é desafiador se pensar na atenção integral à saúde. As fragilidades que se apresentam entre os textos das políticas e as práticas sanitárias já eram denunciadas pelos movimentos de mulheres, na tentativa de fortalecimento do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Ainda hoje, suas ações programáticas atualizam uma identidade de gênero que valoriza as funções femininas de reprodução e de cuidado com os filhos, como ilustram as incansáveis campanhas de aleitamento materno e de prevenção dos cânceres de mama e de colo de útero. Inclusive, como alguns chamariam de intersectorialidade, a atenção primária contribui com o condicionamento da realização do exame preventivo anual da “mulher da casa” ao recebimento do auxílio financeiro do Programa Bolsa Família (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, s/d).

Como se pode notar, a saúde parece emergir como um motor moral, seja partindo da leitura de seus textos acadêmicos, seja observando os textos das políticas de saúde. Para Richard Klein, esta percepção moralizante em ambas as dimensões (acadêmica e da agenda política) ocorre porque a primeira alimenta a segunda, através da ideologia atual da saúde. Para ele, a

construção científica serve a compor agendas que nos privam de liberdade “para o nosso próprio bem” (KLEIN, 2010).

E, tratando-se da questão da invisibilidade masculina, seria o homem menos visível por incapacidade de os sistemas de saúde incorporarem suas necessidades? Por outro lado, levando-se em conta a crítica de Klein, podemos indagar também se as políticas que naturalizam um suposto papel masculino, regidas sob os auspícios de uma moralidade sanitária, agiriam para potencializar formas de apagamento dos jogos de interesse envolvidos no desenvolvimento tecnocientífico em saúde.

Quando não é bomba: anabolizantes e a defesa autorizada da virilidade em idosos

A partir dessas leituras, e retornando aos achados recentes da análise de artigos, surge um questionamento: a moralidade estabelecida na retórica dos artigos de saúde, de banimento e/ou criminalização dos riscos de uso não chancelado de EAA não estaria, por seu turno, propiciando paradoxalmente situações de risco em saúde? Aquilo que inicialmente soou uma cacofonia teórico-metodológica foi aos poucos se mostrando como uma possibilidade semântica relacionada à moralidade do discurso médico sobre os riscos em saúde. Neste caso, a moralidade foi percebida a partir da naturalização dos papéis sociais de gênero naquela retórica, que opera de acordo com o que Judith Butler nomeia de *normatividade heterossexual* (BUTLER, 2003).

Esta impressão de pesquisa foi fortalecida com a continuidade do estudo sobre as indicações clínicas mais recentes dos anabolizantes, que vêm proliferando entre artigos acadêmicos da área biomédica nos últimos anos e alargando as fronteiras para o uso clínico-médico de EAA. Exceto pelo emprego em casos de politraumatismos e queimaduras graves (DEMLING, 2009), os demais usos identificados convergem com uma empreitada sanitária que poderíamos chamar de melhoria da qualidade de vida das pessoas que enfrentam o processo de envelhecimento. Defende-se o uso de EAA, por exemplo, na *terapia antienvhecimento* masculina, na medida em que os EAA atuam melhorando a disposição física e emocional, além de concorrer para a retomada do vigor sexual em idosos (BHASIN et al., 2010; EVANS, 2004).

Courtney Mykytyn (2006), apresentando os resultados de extenso trabalho etnográfico com médicos que se dedicam à medicina antienvhecimento (termo cunhado no idioma inglês como *anti-aging medicine*), informa que esta é uma área emergente na prática médica, tendo ganhado força a partir da década de 2000. A autora caracteriza estas práticas como um movimento social que redefine o envelhecimento, de modo a torná-lo um objeto de intervenção pela biomedicina, uma vez que este é reduzido a uma experiência biológica marcada por um declínio, porém passível de ser

postergado por meio de intervenções farmacológicas, cosméticas e de mudanças de hábitos de vida.

Ainda que possamos localizar a medicina antienvhecimento como um conjunto de práticas destinado tanto a homens quanto a mulheres, neste caso o emprego de anabolizantes parece ser endereçado mais aos homens. No entanto, essas aplicações *anti-aging* dos EAA geraram controvérsias e, apesar de localizarmos na literatura argumentos que circunscrevem o crescente interesse no declínio da *performance* (sexual) dos homens a uma nova forma de medicalização do corpo masculino (MARSHALL, 2007), a retórica que é utilizada para aparentemente resistir ao uso emergente de EAA parece acabar por fortalecê-lo.

A discussão de aderência ou não a este novo uso de EAA está baseada na ponderação entre riscos e benefícios. Afinal, seu uso não estaria isento de riscos: Brunton et al. (2008) a condenam em virtude da possibilidade de desenvolvimento de hiperplasia benigna ou câncer de próstata, para citar algumas das patologias que podem surgir. Este é um dos argumentos que faz com que a abordagem antienvhecimento ainda não tenha adquirido o *status* de prática clínica amplamente aceita, pelo menos entre as representações de classe de médicos brasileiros¹⁵.

Quanto ao uso de EAA em idosos, ao observar recentemente o *site* da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), nota-se já haver menção à necessidade de tratamento da Deficiência Androgênica do Envelhecimento Masculino (DAEM):

A Deficiência Androgênica do Envelhecimento Masculino (DAEM), como é chamada clinicamente a queda da testosterona (também conhecida popularmente como andropausa), atinge de 15 a 20% dos homens acima dos 50 anos. A produção do hormônio pode começar a decair a partir dos 40 anos, mas, *ao contrário das mulheres, nem todos os homens terão o problema.* [...] Com o envelhecimento, os homens tendem a apresentar uma queda na produção do hormônio masculino, a testosterona, o que pode lhes causar cansaço, falta de desejo sexual, disfunção erétil, estresse, entre outros problemas. No entanto, o que muitos não sabem é que *a reposição hormonal é indicada apenas para casos específicos e não deve ser administrada se os níveis do hormônio estiverem normais, mesmo que haja queixa dos sintomas.* (SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA, 2016, grifos nossos).

¹⁵ Tal como ocorre com a medicina estética, a medicina antienvhecimento não é reconhecida como especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2003). Recentemente, uma resolução do CFM (1999/2012) tornou proscrito atribuir o termo “antienvhecimento” ou “*anti-aging*” a práticas médicas no Brasil.

Além de apresentar a TRH como um imperativo em mulheres, a fala da SBU é marcada pela imbricação entre o reconhecimento de padrões fisiológicos e a função sexual masculina, anteriormente mencionada. Fabiola Rohden (2011) comenta que, a exemplo do que aconteceu com as mulheres e a TRH, o surgimento da DAEM como uma entidade nosológica levou os homens a comporem uma população para a qual a associação entre sexualidade, juventude, hormônios e saúde tornou-se distintiva do discurso médico, evocando toda uma sorte de tecnologias passíveis de serem consumidas. Entretanto, esse uso ainda parece estar em disputa.

Verificando o *site* da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), não foi localizada nenhuma menção à “reposição” de testosterona em homens idosos. Por outro lado, fica bem definida a posição do órgão quanto à TRH em mulheres, conforme mencionado em uma lista de “dicas” sobre envelhecimento saudável, especificamente no item 28:

28 – Toda mulher a partir do momento que inicia o climatério, *com ou sem sintomas*, deve procurar o seu médico (Ginecologista, Geriatra, Clínico, etc.) para avaliar a possibilidade de fazer reposição hormonal, o que contribuirá para minimizar a Osteoporose e o envelhecimento precoce, dentre outras vantagens. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2016, grifos nossos).

Apesar de não apresentar em sua lista de dicas, destinada ao público leigo, o uso de “reposição hormonal” para idosos do sexo masculino, a SBGG indica como alternativa a processos típicos do envelhecimento a realização de exercícios físicos:

04 – FAÇA EXERCÍCIOS AERÓBICOS tipo caminhadas (passos rápidos), entre 30 minutos a 1 hora por dia. Haverá melhora do condicionamento cardio-respiratório. *Haverá melhora também na produtividade, libido, tônus muscular, memória, tensão e ansiedade, qualidade do sono, fadiga... Dá mais energia*, etc. “A saúde do idoso está nos pés”. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2016, grifos nossos).

Assim, ainda que não se pautem pelo uso dos EAA até o momento, a SBGG parece apontar para outros modos de medicalização da senescência, na medida em que transmuta uma possível atividade de lazer (caminhadas) em uma prescrição médica. Destacamos que o discurso das sociedades médicas guarda relação com o discurso médico dos textos acadêmicos analisados neste trabalho não se superpondo, no entanto, a ele.

Em primeiro lugar, as sociedades de especialistas têm, entre seus objetivos e missões, acessar as informações consideradas científicas sobre os temas concernentes àquela especialidade, selecionando-as e, então, disponibilizando-as para os médicos especialistas, muitas vezes dando ênfase a determinado artigo, ou importando os consensos médicos de outras sociedades de especialistas. Outro fator importante para a leitura deste material é que o mesmo sofre processos de interpretação e tradução pelo corpo médico dessas sociedades. Este processo de tradução, que formará as diretrizes clínicas, é destinado tanto aos próprios médicos especialistas quanto ao público leigo.

Além desses aspectos, é digno de nota o quanto as sociedades médicas de especialidade e seus membros estão ligados à indústria farmacêutica e de equipamentos em saúde (ELLIOT, 2011). Esta mesma relação entre indústria e profissionais médicos, notória no conteúdo dos *sites* das sociedades de especialidade, é menos aparente nas enunciações dos artigos publicados em periódicos da área biomédica¹⁶. De um lado, temos o referendo do banimento do uso por homens jovens que visam aumento de força e disposição, na medida em que não há evidências clínico-epidemiológicas suficientes para assumir que esta conduta é passível de gerenciamento dos riscos.

Por outro lado, quando se trata de buscar o mesmo efeito em homens que envelhecem, os autores sinalizam o uso de EAA, em geral, sob um registro positivo. E, ainda que denotem haver poucas “evidências” sobre a eficácia desses usos, é comum sua recomendação, pela necessidade de se *produzir* estas mesmas evidências. Ainda, neste registro, efeitos de aumento de massa muscular e de força, sobretudo em homens, são considerados desejáveis.

Apesar de ambos constituírem práticas de manipulação farmacológica do corpo a partir do emprego das mesmas substâncias e, do mesmo modo, riscos à saúde terem sido relatados para ambos os usos, estes dois tipos de uso figuram de modo diferente no estatuto do uso de substâncias e, por consequência, no discurso médico. Ao que parece, o discurso médico atual sobre uso de EAA segue dizendo “não” para “jovens bombados”, e “sim” para “velhos empinados”, quando se trata de conquistar virilidade através de novas formas de medicalização, mediadas pela perspectiva biopolítica de apropriações do conceito de risco no campo da saúde.

Esta verificação instigou a curiosidade sobre que atributos fazem com que, aparentemente, o consumo de anabolizantes na medicina antienvelhecimento seja menos proibitivo do que na produção farmacológica de homens jovens, uma vez que o gerenciamento dos riscos em saúde é uma

¹⁶ Não obstante, ao longo da pesquisa, foram encontradas contradições verificadas neste tipo de material analisado, que reportam à existência desse jogo de interesses.

das premissas da prática médica. Além disso, quando se trata de risco, no contexto biomédico, o aumento da idade é um fator importante que deve ser considerado na exposição de sujeitos a substâncias nocivas à saúde.

Outra questão seria por qual razão o uso dos EAA ainda se apresenta com este registro negativo, em face da proliferação de procedimentos médicos para a modificação do corpo, tais como as lipoaspirações, o uso de fármacos para preenchimento de rugas faciais, o amplo emprego de inibidores de apetite etc. Basta lembrar que esses últimos procedimentos *emergentes* não deixam dúvidas sobre a possibilidade de danos à integridade física das pessoas, o que não necessariamente coíbe sua difusão. No entanto, ao se analisar o que justifica, na arena da saúde, a nomeação de abuso de esteroides anabolizantes como problema de saúde pública, a mesma prática, voltada para homens idosos e chancelada pela medicina, não parece repercutir nos textos das políticas analisados até então.

Referências

- ALVES, V.S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, 2009.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Development. Highlights of changes from DSM-IV-TR to DSM-5. p. 1-19. Disponível em: <<http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf>>. Acesso em: 5 fev. 2014.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Medicamentos Controlados. **Listas de Substâncias Sujeitas a Controle Especial no Brasil**. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Inicio/Medicamentos/Assunto+de+Interesse/Medicamentos+controlados/Listas+de+substancias+sujeitas+a+controle+especial+Brasil>>. Acesso em: 8 jan. 2015.
- BHASIN, S. et al. Testosterone therapy in adult men with androgen deficiency syndromes: an endocrine society clinical practice guideline. **Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism**, v. 91, n. 6, p. 2536-59, jun. 2010.
- BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras**. Orgs. Arthur Guerra de Andrade, Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Lúcio Garcia de Oliveira. Brasília: Senad, 2010.
- BRUNTON, L; PARKER, K; BLUMENTHAL, D.; BUXTON, IAIN (Eds.). **Goodman & Gilman's Manual of Pharmacology and Therapeutics**. McGraw-Hill Medical, 2008.
- BUTLER, J. **Problemas de Gênero: feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CECCHETTO, F. A sina de ser forte. In: BERQUO, E. et al. (org.). **Sexualidade, Reprodução e Saúde**. Rio de Janeiro: FGV; 2009. p. 509-34.

CECCHETTO, F. R.; MORAES, D. R.; FARIAS, P. Distintos enfoques sobre esteroides anabolizantes: riscos à saúde e hipermasculinidade. **Interface**, Botucatu, v. 16, n. 41, p. 369-382, 2012.

CHAVES, S. F. **No Labirinto dos Espelhos: o corpo e os esteroides anabolizantes**. Niterói: Nitpress, 2009.

COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS. Uso off label: erro ou necessidade? **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 2, p. 395-397, 2012.

CONRAD, P. **The Medicalization of Society: on the transformation of human conditions into treatable disorders**. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007.

CONACHER, G. N.; WORKMAN, D. G. Violent crime possibly associated with anabolic steroid use. **American Journal of Psychiatry**, v. 146, n. 5, p. 679, 1989.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1666/2003. Disponível em: <www.portalmedico.org.br>. Acesso em: 21 jun. 2011.

COURTENAY, W. H. Constructions of Masculinity and their Influence on Men's Well-Being: a theory of gender and health. **Social Science & Medicine**, Philadelphia, v. 50, p.1385-1401, 2000.

COUTO, M. T. et al. O Homem na Atenção Primária à Saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface**, Botucatu, v.14, n. 33, p. 257-270, 2010.

DEMLING, R. H. Nutrition, anabolism, and the wound healing process: an overview. **Eplasty**, v. 9, p. 65-94, 2009. Disponível em: <http://www.eplasty.com/index.php?option=com_content&view=article&id=272&catid=170:volume-09-eplasty-2009>. Acesso em: 30 abr. 2014.

ELLIOT, C. **White coat, black hat: adventures on the dark side of medicine**. Boston, MA: Beacon Press, 2011.

EVANS, N. A. Current concepts in anabolic-androgenic steroids. **American Journal of Sports Medicine**, v. 32, n. 2, p. 534-42, 2004.

FIORE, M. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. **Novos Estudos - CEBRAP**, São Paulo, n. 92, p. 9-21, 2012.

GHOFRANI, H. A.; OSTERLOH, I. H.; GRIMMINGER, F. Sildenafil: from angina to erectile dysfunction to pulmonary hypertension and beyond. **Nature Reviews Drug Discovery**, v. 5, n. 8, p. 689-702, 2006.

GOMES, R; NASCIMENTO, E. F; ARAUJO, F.C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, 2007.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. Testosterone and other male sex hormones. In: _____ (eds). **Textbook of Human Physiology**. 11th ed. Filadélfia: Saunders Elsevier, 2006. p. 1003-1008.

HANDELSMAN, D. J. Testosterone: use, misuse and abuse. **Medical Journal of Australia**, v. 185, n. 8, p. 436-9, 2006.

HOBERMAN, J; YESALIS, C. E. The history of synthetic testosterone. **Scientific American**, v. 272, n. 2, p. 76-81, feb. 1995.

HOBERMAN, J. **Testosterone Dreams: rejuvenation, aphrodisia, doping**. Berkeley: University of California Press, 2005.

IRIART, J. A. B.; ANDRADE, T. M. Musculação, uso de esteroides anabolizantes e percepção de risco entre jovens fisiculturistas de um bairro popular de Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 5, p. 1379-1387, 2002.

IRIART, J. A. B.; CHAVES, J. C.; ORLEANS, R. G. Culto ao corpo e uso de anabolizantes entre praticantes de musculação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 4, p. 773-82, 2009.

KANAYAMA, J.; HUDSON, J. I.; POPE, H. G. JR. Long-term psychiatric and medical consequences of anabolic-androgenic steroid abuse: a looming public health concern? **Drug Alcohol Depend**, v. 98, n. 1-2, p. 1-12, 2008.

KLEIN, R. What Is Health and How Do You Get It? In: METZL, J.; KIRKLAND, A. (eds). **Against Health**. How health became the new morality. New York: New York University Press, 2010. p. 15-25.

KOCHAKIAN, C. D. History of Anabolic-Androgenic Steroids. In: LIN, G.; ERINOFF, L. (eds.). **Anabolic Steroid Abuse**. Research Monograf 102. National Institute on Drug Abuse. EUA, 1990. p. 29-59.

LAQUEUR, T. **Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud**. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará, 2001.

LE BRETON, D. **Adeus ao corpo: antropologia e sociedade**. Campinas: Papirus, 2011.

LESTER, D. Unshackling basic knowledge. **Policy**, v. 37, n. 4, p. 48-52, 2012.

MARSHALL, B. Climateric redux?: (re)medicalizing the male menopause. **Men and Masculinities**, v. 9, p. 509-529, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília, novembro de 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_home_m.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde do Homem. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/faq-s/316-saude-do-homem/9251-saude-do-homem>>. Acesso em: 10 fev. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Orientações Acerca dos Indicadores de Monitoramento.

Avaliação do Pacto Pela Saúde, nos Componentes Pela Vida e de Gestão para o Biênio 2010–2011. Versão atualizada em 04/12/2009. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/cgi/InstrutivoPacto.pdf>> Acesso em: 10 fev. 2014.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. Bolsa Família. Condicionalidades. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/condicionalidades>>. Acesso em: 10 fev. 2014.

MORAES, D. R. de. **Entre tiro, porrada e bomba**: esteroides anabolizantes androgênicos, gerencialismo arriscado e os discursos médicos moralizantes. 2016. 165p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

MURTA, D. Sobre a apropriação médica da transexualidade e a construção do Transtorno de Identidade de Gênero: considerações sobre a psiquiatrização das vivências Trans. **História Agora**, v. 16, p. 69-83, 2014.

MYKYTYN, C. E. Anti-aging medicine: A patient/practitioner movement to redefine aging. **Social Science & Medicine**, Philadelphia, n. 62, p. 643–653, 2006.

NATIONAL INSTITUTE OF DRUG ABUSE. Anabolic Steroid Abuse. Commonly Abused Steroids. Aug. 2006. Disponível em: <<http://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/anabolic-steroid-abuse/what-are-steroidal-supplements>>. Acesso em: 25 jan. 2016.

POPE, H. G. Jr.; KATZ, D. L. Homicide and near-homicide by anabolic steroid users. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 51, n. 1, p. 28-31, 1990.

QUAGLIO, G. et al. Anabolic steroids: dependence and complications of chronic use. **Internal and Emergency Medicine**, v. 4, n. 4, p. 289-296, 2009.

ROBERTS, C. **Messengers of sex**: hormones, biomedicine and feminism. Cambridge: University Press, 2007.

ROHDEN, F. “O homem é mesmo a sua testosterona”: promoção da andropausa e representações sobre sexualidade e envelhecimento no cenário brasileiro. **Horizontes Antropológicos**, n. 35, p. 161-196, 2011.

SABINO, C. Anabolizantes: drogas de Apolo. In: Goldenberg M, organizadora. **Nu & vestido**: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca. Rio de Janeiro: Record, 2002. p. 139-88.

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n.1, p.7-17, 2005.

SOLER, P. T. et al. Vigorexy and levels of exercise dependence in gym goers and bodybuilders. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 19, n. 5, p. 343-348, 2013.

SJÖQVIST, F.; GARLE, M.; RANE, A. Use of doping agents, particularly anabolic steroids, in sports and society. **The Lancet**, v. 371, n. 9627, p. 1872-1882, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. Dicas. Disponível em: <<http://sbgg.org.br/dicas/>> Acesso em: 22 jan. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. Reposição hormonal deve ser feita apenas com indicação médica. Disponível em:

<[TIGNOL, J.; MARTIN-GUEHL, C.; AOUIZERZATE, B. Body dysmorphic disorder \(BDD\). **La Presse Médicale**, v. 41, n.1, p. e22-e35, 2012.](http://portaldaurologia.org.br/dicas/reposicao-hormonal-deve-ser-feita-<u>apenas-com-indicacao-medica</u>/>. Acesso em: 22 jan. 2016.</p></div><div data-bbox=)

THE JOURNAL OF CLINICAL PSYCHIATRY. About. Disponível em:

<http://www.psychiatrist.com/pages/about_psychiatrist.aspx>. Acesso em: 29 jan. 2016.

WOOD, I. Anabolic-androgenic steroid dependence? Insights from animals and humans. **Frontiers in Neuroendocrinology**, v. 29, n. 4, p. 490-506, 2008.

POSFÁCIO

Antropologias em um banco de espera: agradecimento, despedida ou um volte logo?

Soraya Fleischer

Manhã quente da árida primavera brasileira. O banco de espera do centro de saúde estava repleto de usuários. Gente passando para lá e para cá, pegando resultado de exame, esperando pela entrega de um remédio, tentando encontrar uma técnica em enfermagem para trocar um curativo. Dona Helena contava sobre a nova netinha; Custódio sorria encantado, adorava bebês; Guto teclava no seu telefone celular, prestando atenção aqui e ali na conversa dos dois. Os três eram vizinhos de uma quadra residencial ali perto, se conheciam já de outros carnavais e gostavam de sentar juntos quando por ali se encontravam. De repente, Guto se levanta.

Guto: Gente, vocês me dão licença. Preciso ir até o balcão para tentar marcar uma consulta com um especialista, um hematologista muito competente que chegou pra trabalhar aqui na Regional de Saúde da Ceilândia.

Dona Helena espera o rapaz se afastar e sussurra para Custódio: Coitado dele. Tenho pena dele.

Custódio: É mesmo, por quê? Ele parece tão bem.

Dona Helena: Por isso mesmo, não aparecem os problemas dele. Ele é nosso vizinho, eu vi crescer, conheço desde pequeno. Ele tem uma dessas doenças escondidas, um tipo de anemia que só gente negra tem. Você já ouviu falar disso?

Custódio: Ué, não. Nunca ouvi falar, não, Dona Helena.

Dona Helena: É um tipo de doença do sangue, gente da mesma família costuma ter, sabe. Outro dia, eu ouvi a mãe dele falando disso lá no culto da igreja, depois da oração da libertação que a gente faz toda terça-feira. É a tal da anemia falciforme. É a doença genética mais comum no país, mas não recebe o tratamento e nem a atenção certa dos médicos e dos cientistas. Então, eu fico com pena, porque ele fica muito, muito fraco. Tem dia que não consegue trabalhar e a padaria fica desfalcada sem ele. Pelo menos a mãe dele está sempre com a gente nesse culto, porque, pensa bem, ela tem que estar bem e estar forte para sempre poder cuidar dele, né? Vai que ela também tem a doença, vai que desenvolve o problema, quem vai cuidar dos dois?

Custódio: Onde já se viu? Tanta gente tem a doença, mas não dão bola? Que coisa estranha. Por que será isso, Dona Helena? Tanto médico bom nesse país, tanto centro de pesquisa espalhado por aí, tanto recurso que vai para universidade, para essa tal de bolsa de pesquisa e nada de achar uma cura?

Dona Helena: Uai, meu filho! Em que mundo você vive? Primeiro que nesse atual governo o dinheiro está bem minguado para a ciência. Meu filho que é biólogo estava me explicando isso outro dia. Segundo, você não acha muita coincidência uma doença genética que atinge só a população negra não receber atenção? Acorda, Custódio, é claro que isso é racismo, é um tipo de racismo da ciência, do governo.

Custódio: Mas por que ele não se junta com outras pessoas que também têm essa doença? Assim, juntas, elas poderiam pressionar mais, né?

Dona Helena: Ah, com certeza, Custódio. Não é à toa que ele sabe que esse especialista em sangue veio trabalhar aqui na cidade. Ele ficou sabendo desse médico justamente pelo grupo que ele frequenta. Vire e mexe eles estão fazendo reunião aí no Ministério da Saúde, pressionando para que tenha linha de pesquisa, mais recurso, mais descoberta para favorecer a saúde deles, sabe? Você já reparou como o Guto vive no celular? Acho que é falando dessas coisas todas com esse pessoal dele, nos grupos de zapzap.

Custódio: Já reparei, sim. Eles agem como se criassem uma rede, né? Como é coisa de saúde, como todo mundo tem o mesmo problema de saúde, é como se fosse, deixe-me pensar, uma biorede, a senhora não acha? [Repara a movimentação ao seu redor]. Psiu! Ele já está voltando.

Guto volta satisfeito e comenta: Consegui marcar a consulta com o tal médico, que felicidade! É como ganhar na loteria, essa é a sensação que dá! Mas, gente, vocês nem acreditam no que eu ouvi ali no balcão. Tem sempre muita fila ali, afe.

Custódio: Nem está tão grande assim, vai. Você não demorou nem 15 minutos.

Guto, ignorando o colega, continua: Um senhor atrás de mim também queria marcar uma consulta, mas com um urologista. Eu nem precisei perguntar nada porque a senhora que estava atrás dele perguntou e ele foi falando a história toda.

Dona Helena: Vai, Guto, conta logo, estou curiosa. A gente aprende muito nessas conversas de fila. Se bobear, aprende mais do que nos dois minutos que a gente passa dentro do consultório. Urologista é médico de homem, é isso?

Guto: Acho que também, mas urologista é médico que lida com essa parte urinária toda. Mas ele não queria a consulta por conta disso, não. Ele queria saber se tem algum problema com ele. [E olha para os lados, para ter certeza de que o senhor não estaria por perto]. Vocês sabem, assim, está precisando voltar a levantar a moral... Ele e a esposa estão jogando sem goleiro faz mais de ano e não conseguem ter um filho de jeito nenhum. A esposa dele é viúva e tem duas filhas desse primeiro casamento. Então, estão desconfiados que o problema é com ele, entenderam? Ele nunca podia imaginar que iria ter esse tipo de problema, porque ele sempre foi atleta, sempre malhou e é muito

forte. Tomou anabolizante, essas coisas, por muito tempo, tem músculo que não acaba mais. Olhem lá o tamanho de homem que ele é! Vocês nunca iam imaginar que ele tem problema, assim, é... problema pra ter filho.

Dona Helena: Olha, Guto, não é porque ele tem problema pra ter filho que significa que ele está com a “moral baixa”, assim, entre aspas. Mas se ele está atrás de um urologista e, mais importante, se ele está conseguindo falar disso tudo numa fila, é um ótimo sinal. É sinal de que ele não tá guardando pra ele, não tá bebendo por aí pra afogar as mágoas, mas está vindo aqui no posto procurar um serviço específico. A gente quase não vê homens por aqui. Tudo bem que vocês dois estão aqui, mas o Custódio é hipertenso, vem toda hora mesmo, adora ficar de conversê com as enfermeiras e os médicos, eu nunca vi.

Custódio: Puxa, qual é, Dona Helena! Eu estou me cuidando, venho aqui porque o aparelho de medir é mais confiável, a senhora sabe disso.

Dona Helena: Mas bem que você gosta da opinião dos médicos, né Custódio? A gente já sabe bem disso. Mas voltando ao assunto, olhem ao redor, é tudo mulher grávida, mulher trazendo o filho para vacinar ou senhorinha que vem medir a glicose. Só tem vocês dois aqui nesse banco de espera. Então, acho bacana o fortão vir procurar uma solução para o problema dele.

Custódio: Eu acho muito importante a gente usar os serviços de saúde perto da casa da gente. Confiar nos médicos, eles estudaram tanto pra isso. Inclusive, eu gosto muito desse postinho porque eles contam com uma equipe que vai até a nossa casa, quando a gente está muito mal. A equipe saúde da família, como dizem, ô ideia boa essa! Eles veem a gente no espaço da gente, com a família da gente, com os sentimentos que estamos tendo e os santos com que contamos naquele momento difícil. Vocês sabem como eu gosto de um bom médico, de um papo de consultório e tal. Mas eu bem que gosto quando o que a gente sente também é levado em conta.

Dona Helena: Mas, como eu estava dizendo, o problema não é assim “moral”, se é que vocês me entendem. O problema pode ser lá dentro, minúsculo de se ver. Ah, inclusive, outro dia, eu vi um cartaz naquele ponto de ônibus próximo do Atacadão da construção que fica ali perto da nossa rua. Era um cartaz de uma clínica de reprodução e dizia assim, “Venham para a medicina molecular, onde resolvemos os seus problemas invisíveis”.

Custódio: Ah, que maravilha! Eu acho que eu também vi esse cartaz, Dona Helena, mas lá no elevador do Senado Federal, lá no corredor perto da copa onde eu trabalho. A medicina está cada vez mais avançada, mais profunda, que beleza, gente! Isso tudo dá muita esperança pra gente, pra resolver as síndromes raras, as doenças que a gente já sem querer herda da família, o sofrimento por conta da bebida, sei lá. Imaginem, eles agora retiram o espermatozoide e juntam com o óvulo para fazer um embrião, e tudo isso fora do corpo do homem e da mulher. Não é incrível?

Guto: Custódio, isso já existe faz tempo. Eles já fazem isso desde os anos 70, antes mesmo de eu nascer.

Dona Helena: Mas a diferença hoje é que eles não escolhem o embrião só olhando para a carinha dele, só vendo no microscópio se ele é inteirinho. Não, senhores. Eles estão avaliando bem esses embriões, aplicando tipo uma prova para implantar, como dizem, o melhor dos melhores.

Custódio pergunta, sempre muito maravilhado com o que supõe ser o avanço da ciência: Que tipo de prova, Dona Helena? O menino já está prestando vestibular antes de entrar na barriga da mãe?

Dona Helena, risonha: Essa é boa, meu filho. Os médicos mostram fotos e também fazem tipo um placar dos embriões e mostram tudo isso para o casal. Juntos, vão avaliando essas informações para decidir que embrião implantar.

Custódio: Nossa, essa deve ser uma tecnologia ainda mais avançada do que a anterior. Deve ser uma ciência muito melhor do que a de antes. Essa deve ser, de verdade, a boa ciência, vocês não acham? Quer dizer, deve ter a ciência mais ou menos e essa, a boa ciência. E, para mim, essa ciência que mata a cobra e mostra o pau é ainda mais bacana, faz as coisas, mostra pros pacientes, deixa tudo transparente e ainda deixam a gente decidir as coisas juntos! É outro tipo de ciência mesmo, muito mais moderna.

Guto: Nossa, Custódio, ouvindo você falar assim parece que quanto mais sofisticado o aparelho, o palabreio, as imagens e os números que os médicos apresentam pra gente, mais científico é o negócio. Será que é assim mesmo? Será que “científico”, entre aspas, é uma coisa que dá para classificar assim? Sei não, acho que a gente acaba comprando muito o que esse povo do jaleco diz pra gente... Mas, voltando à história do outro ali, fiquei bobo com a coragem dele de falar disso tudo. Ainda mais lutador de jiu-jitsu, já pensou? Ninguém imagina que, por trás daquela montanha de músculos, tem um cara refletindo sobre o que é ser homem, pensando se foi bom mesmo tomar tanta bomba, querendo ser pai e não conseguindo. Vocês não acham interessante isso tudo? Quer dizer, para além de como nossas moléculas estão funcionando, tem também sentimento, sofrimento, sonho. Isso parece tão importante também.

Dona Helena: Ah, meu filho, nem me fale. Esse negócio de bomba, de pílula, de medicamento dá o que pensar mesmo. Outro dia, não sei se vocês viram um mundaréu de camburão que entrou rasgando ali pela esquina da 26. Todo mundo ficou assustado! Mas sabe o que eles estavam procurando? Dois meninotes, de uns 17 ou 18 anos, que estavam fumando um baseado. Agora me diz, precisa mobilizar tanto “poliça” por conta de um cigarro?

Custódio: Nossa, Dona Helena, a senhora acha pouco? Eu acho que tem que prender todos esses bandidos maconheiros que têm por aí. Todo mundo em cana! Ficam fumando na nossa cara, nos becos aqui da Ceilândia, dando mau exemplo pros nossos filhos.

Dona Helena: Pois é, Custódio, mas eu não concordo contigo, sabe. Pensa bem. Sua irmã está lá, com aquele filhinho dela de só dois aninhos. Sua irmã virou uma figura muito importante aqui nossa vizinhança. A gente a vê o tempo todo no noticiário, é entrevista, é audiência no Congresso, é tudo isso.

Guto: Ué, Dona Helena, por que a Sandra ficou famosa? Eu estudei com ela no colegial, mas não estou sabendo que ela virou celebridade. [Custódio continuou quieto, olhando se a porta da sala de acolhimento abria para ele logo medir a pressão e voltar para casa].

Dona Helena: Não está sabendo? Sandra é uma mulher muito corajosa, isso sim. Admiro muito ela. O filhinho dela tem seis meses e tem uma síndrome rara que eu esqueci o nome.

Custódio falou baixinho, como se não fosse com ele: Síndrome de Dravet.

Dona Helena: Isso mesmo, obrigada, meu filho. Hoje em dia tem tanto nome de síndrome, vocês já perceberam? Ou o povo tá ficando mais doente ou é muita coisa que a ciência não conhecia e só quando as pessoas adoecem e falam dessas doenças é que desandam a pesquisar. Essa síndrome, Guto, é rara, é esse o nome que usam. Não tem remédio que dê jeito. Não tem cura. Bom, pelo menos, por enquanto não tem. Mas, se depender da Sandra, logo, logo vão descobrir a cura, porque ela se mete em tudo que é coisa que diz respeito aos “raros”, assim entre aspas, que é o jeito que eles chamam essas crianças. Eles se identificam assim entre eles.

Custódio, falando baixinho, olhando para o lado, fingindo desinteresse: Eles são como se fosse, assim, uma tribo. As crianças passam por coisas parecidas, as mães trocam mensagens por zapzap, trocam informação, ficam sabendo que vai ter uma reunião na Anvisa e correm para lá para pressionar; ficam sabendo que vai ter um teste de um medicamento novo e fazem fila para colocar o filho para participar. Lá em casa mesmo, na garagem – e agora nem carro a gente tem mais, então o espaço ficou maior –, as amigas “raras” dela vão tudo para lá para discutir essas coisas de síndrome, de medicamento, o que fazer em seguida. Mas elas vivem reclamando que tudo demora demais, que aprovar pro teste acontecer demora, que testar um medicamento demora, que dar o resultado demora, que chegar na prateleira da farmácia demora. E elas não estão sozinhas nessa queixa, tem muita gente grávida que concorda com elas. É tanto assessor de deputado, de médico, de pesquisador do Rio Grande do Sul ligando lá em casa que eu nunca vi.

Dona Helena: Pois é, isso mesmo. Volta e meia, quando eu estou indo pro meu trabalho voluntário, eu vejo elas sentadas em roda lá na sua garagem. Parece até o jeito que os meninos lá da Casa de Maria Madalena sentam em roda, falam do que têm vivido, dão testemunho.

Guto: Mas, Custódio, eu entendo a pressa da Sandra. Já pensou o que é ter um filho doente e não encontrar solução para aplacar esse sofrimento? Deus o livre! Mas não dá também para o governo colocar tudo que é remédio na

praça sem comprovar que funciona, né, que é seguro, né? Quer dizer que a Sandra testa remédio no filho, remédio assim que nem foi aprovado para vender em drogaria?! E isso não é perigoso demais?

Custódio: É verdade, Guto. E você sabe a minha opinião, só a medicina para dizer se é seguro ou não. Para mim, é Deus no céu e eles na terra. Mas a Sandra vive repetindo uma coisa que eu acho interessante também: que o mais antiético, essa é uma palavra que ela usa muito, não é comercializar remédio inseguro. Antiético é não fazer pesquisa, é não investigar, é não procurar solução, é não considerar essas síndromes raras todas. É não fazer política pública para todo mundo.

Dona Helena: Isso mesmo. Guto, veja só, ela tem que fazer uma escolha entre deixar o filhinho morrer ou tentar alguma solução. Ela está certíssima, eu faria tudo pela vida do meu filho. Ela já tentou muita coisa, até maconha ela dá para a criança.

Guto: O que?!

Dona Helena: E é nesse o ponto que eu queria chegar. O Custódio fica aí, falando que um baseado deveria dar cadeia. Mas ele sabe muito bem como o canabidiol, que é o nome do óleo de maconha, faz bem pro sobrinho dele. Ele sabe o é que passar de 50 convulsões por dia para cinco convulsões por semana. Então, é muito interessante como um mesmo medicamento pode ser usado pelos diabos e pelos santos, vocês não acham? Por que as pessoas não podem fumar um cigarrinho natural pra ficarem mais tranquilas, como diz o meu neto? Por que você caçar um jeito de se sentir melhor, fazer seu corpo funcionar melhor é motivo de prisão?

Guto: É mesmo, né? O remédio, dependendo de quem produz, prescreve, compra e consome pode mudar totalmente de figura! Ser pobre ou rico, ser negro ou branco, ser atleta ou não, ser mulher ou homem, ser da Ceilândia [cidade periférica dentro do Distrito Federal] ou ser do Plano Piloto [região central e elitizada do DF] faz toda diferença quando se decide tomar um remédio ilegal, experimental, controlado, minha gente! Eu nunca tinha pensando nisso!

Dona Helena: E isso porque eu nem estou falando da pinga, que é liberada, que é legal, que qualquer um compra em qualquer biroscas, e olha o estrago que faz. Ou mesmo os tarja preta que eu tomo por conta dos nervos: é só conseguir uma receita e facilmente estou com a caixinha na mão. Agora, o Custódio, que fica aí dando uma de machão, querendo colocar todo mundo no xadrez, viu o pai dele definhar. Se não fosse o AA, o Seu Mariano tinha durado muito menos.

Guto: Nossa, é mesmo. Eu me lembro bem dele. Ele foi o nosso técnico de basquete quando eu era gurizinho. Eu lembro como ele ficava depois de campeonato, com a gente ganhando ou perdendo. Ele sentava ali no boteco e só voltava para casa quando você, Custódio, ia carregá-lo.

Custódio: Eu fico pensando, nesses anos depois que o pai morreu, se o problema de bebida era mesmo uma doença, sabe gente. Se não foi alguma coisa que a gente, todo mundo assim da família, do trabalho, da rua, do país, que acabou levando ele para esse desequilíbrio... Pelo menos, ele morreu dizendo que não era mais bebedor, mas um alcoolista em recuperação. Era assim que ele se apresentava para as pessoas. Aprendeu esse termo lá no AA. E eu terminei foi orgulhoso dele, sabiam?

Dona Helena: E foi a gente, lá da Casa de Maria Madalena, lá onde eu sou voluntária, que conversou com ele. Não adiantava a gente levá-lo à força, vocês sabem, essa é uma regra importante do AA. Ele tinha que admitir que estava mal, que precisava de ajuda. E frequentou por quase 30 anos o AA que fica ali na esquina do terreiro do Pai Nicolás. Não é esse AA que funciona dentro aqui do posto, não.

Guto: Acho que aqui não é AA que chama, Dona Helena, é Caps.

Dona Helena: E é?

Guto: Tem o Centro de Atenção Psicossocial, que é só Caps, e tem o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, o Caps-AD. Funciona aqui dentro do postinho, não é um grupo de AA, mas tem um modelo muito parecido com o AA ou o Narcóticos Anônimos. Eu acho interessante como o AA influencia um centro de saúde, quer dizer, o jeito que as pessoas inventaram para se organizar e se ajudar acabou influenciando o jeito que o governo oferece um serviço público.

Dona Helena: E eles fazem a reza no começo da roda também?

Guto: Fazem sim. É como no AA: o remédio é a palavra.

Dona Helena: Pois então, tudo isso, todos esses grupos de ajuda mútua são importantes para pessoas como o Seu Mariano. Não adianta, muitas vezes, médico dar receita, internar por muito tempo, prender e arrebentar, viu Custódio? Não adianta. É o grupo, é a família, é a vizinhança, a comunidade da igreja que vai ajudar o cidadão numa situação dessas. Os médicos ficam dizendo que o alcoolismo é problema do corpo que herdou alguma coisa da família, que tem corpos que são mais propensos a se viciar no mé. Ainda bem que não acham mais aquela bobajada de que o bebedor tem o demônio no corpo e tudo. Ainda bem que isso é coisa antiga. Mas tem muito psicólogo que ainda acha que é fraqueza, que a pessoa não tem força de vontade, não tem responsabilidade, que é escolha dela. Mas não é assim, não é uma coisa que se resolva sozinho num canto, o indivíduo escondido dentro de casa. É com mais gente em volta, uma força assim coletiva mesmo. Por isso que eu sempre me irritado com essa coisa de que tem que prender, tem que entupir de remédio, tem que jogar numa chácara ou numa cadeia distante. Não é deixando essas pessoas longe da gente que a coisa vai melhorar. Não é caso de polícia, como aquele prefeizinho metido à besta de São Paulo fez umas semanas atrás,

vocês viram que tristeza? É outra coisa que essas pessoas precisam, é de amor, de oração, gente.

Guto: Eu sei o que a senhora está dizendo. A senhora tem razão. Eu vejo mesmo como o Pai Nicolás trabalha. Eu e a minha família, vocês sabem, a gente é de terreiro. O Pai Nicolás recebe todo tipo de gente lá. É gente com problema de bebida, gente que quer ter filho, gente que não quer o filho que tem na barriga. Ixi, ele lida com tudo isso, usa ervas, usa chás, usa rezas. São outros tipos de medicamentos, se a gente parar para pensar. Mas o que mais funciona, eu acho, é a pessoa se sentir acolhida lá dentro, sabe? É a coisa de chegar e saberem seu nome e a sua história, é estar junto, é ter outras pessoas interessadas em ouvir e ajudar. Como a senhora diz, não ficar sozinho no canto, mas amparado. No fundo, né gente, parece uma disputa entre muita gente – pai de santo, padre, médico, psicólogo, parente – tentando provar que é o melhor para cuidar da saúde, da alma das pessoas. Vocês já perceberam isso?

Custódio: Ou será que é a mistura disso tudo que mais agrada as pessoas? E isso a minha irmã está fazendo. É uma mexida de mãe rara lá em casa que não para mais. Dia sim, dia não, ela está conversando com o Pai Nicolás também. Eu já vi. Ele é muito gentil com ela, conforta muito. Mas ela também vai na igreja da Dona Helena, comunga na Nossa Senhora do Rosário, leva o menino para benzer na Dona Carminha aqui da esquina, e compra cristais e florais naquela loja de manipulação lá na Avenida Hélio Prates. A Sandra é mãe solo, vocês sabem, mas a gente dá aquela força para ela lá em casa. O menino, nossa mãe, é um xodó só comigo, eu fico besta de ver como ele gosta de mim. Eu tomo conta dele por muitas horas para a Sandra andar por aí e resolver as coisas dela no hospital, no Ministério Público, na Anvisa, na tal de Conep, que fica lá na Esplanada dos Ministérios. Eu ajudo muito com a criança.

A agente comunitária de saúde, ao passar pelo corredor, reconhece Custódio: Oi Seu Custódio, cadê aquele seu sobrinho? Ele está já com seis meses, tem que vir fazer o reforço da vacina da pólio. [Ela fica ali de pé, na frente de Custódio, por alguns segundos, para ouvir sua resposta].

Custódio: Eu estou sabendo. Eu até já tirei uma folga do trabalho para vir com ele amanhã. Minha irmã não pôde vir essa semana, está trabalhando noite e dia lá com a advogada dela para demandar um dos remédios na farmácia de alto custo do Distrito Federal.

Agente comunitária de saúde, já voltando ao seu trajeto dentro do Centro de saúde: Cuidado, hein, Seu Custódio. Olha a Bolsa, olha a Bolsa.

Custódio não deixa de responder, mesmo com a agente já se distanciando: Ah, não se preocupe, doutora. Não tem Bolsa que cubra os custos se meu sobrinho pegar poliomielite. A vida dele é bem mais importante que a Bolsa. Eu não perco uma só vacina dele. Amanhã, eu estou aqui com ele. Pode ter certeza.

A agente comunitária de saúde retruca de volta, debochada: Ah, essa Bolsa ajuda demais meu trabalho! Eu nem preciso ir lá buscar o povo no laço. Falou em Bolsa, todo mundo se mexe. [Ri alto]. E vê se não esquece o cartão de saúde do menino, hein?

Dona Helena, que estivera atenta a toda essa troca de alfinetadas, diz: Mas, meu filho, de que bolsa ela está falando? Eu nunca te vejo usando bolsa quando você vem por aqui.

Custódio: Não é bolsa a tiracolo, Dona Helena. É a Bolsa Família. A Sandra recebe todo mês. Mas para continuar recebendo, ela tem que andar na linha.

Dona Helena: Como assim, Custódio? O que eu mais vejo a Sandra fazendo é correndo atrás de coisa pro menino dela!

Custódio: Pois é, se esse sacrifício todo fosse reconhecido, ela seria eleita a melhor mãe do ano! Mas para uma pessoa ganhar a Bolsa Família, ela tem que cumprir o que eles chamam de “condicionalidades”. É vigiar o peso do bebê, é dar as vacinas que ele precisa, é fazer o pré-natal quando a mulher está grávida e coisas desse tipo. Mas para a senhora ver, só a mulher e a criança que são controladas assim. O homem, no caso o pai da criança, não tem que fazer exame nenhum, não tem que vir aqui nem nada.

Guto: É muita cobrança em cima da mulher, né?

Custódio: Com certeza.

Dona Helena: Mas, gente, vocês não acham justo o Governo cobrar alguma coisa em troca de dar esse dinheiro?

Custódio: Então, Dona Helena, mais ou menos. Primeiro que ele não está dando dinheiro, não é esmola. Ele está transferindo e redistribuindo renda num país que oferece as oportunidades de modo tão desigual aos cidadãos, né? Ele está garantindo uma renda básica para aliviar a pobreza. Ele está investindo em gente, essa parte tão importante do país. Segundo que a gente fica bem cansado desse pessoal do posto, sabe? Só porque usa um jaleco acha que pode ficar mandando geral na nossa vida, na vida da minha irmã. É como se, só pelo fato de a gente ser pobre, a gente não soubesse se cuidar, a gente fosse irresponsável, sabe? Ou pelo fato de a gente morar aqui na Ceilândia, aqui fosse um local problemático, sabe como é?

Guto: Mas não é você que tanto gosta dessas médicas, enfermeiras, agentes de saúde, Custódio?

Custódio: Claro que eu gosto. Devo muito a todas elas. Mas elas também têm que entender sobre a vida de cada família. Elas ficam achando ruim ser eu, e não a minha irmã, a vir aqui com a criança. Querem a mãe, querem a mãe do menino. Mas tem que entender a rotina da minha irmã, gente! Meu sobrinho demanda muito e a Sandra não toma conta só dele, mas circula pela cidade inteirinha para conseguir as coisas para ele. Os remédios, as doações de fralda, os direitos na justiça e tudo. Por isso, eu entro para ajudar. A agente de saúde já sabe que sou eu que dou essa força, que cumpro, como ela adora repetir, as

“condicionalidades”. Então, por que ficar pegando no meu pé? Eu vivo aqui, minha gente! Se não é medindo a minha pressão, é trazendo a criança pra vacinar, para pesar, para consultar. Eu vivo aqui quase todo dia! E se ela fosse visitar casa por casa, que é o trabalho que todo agente comunitário de saúde deveria fazer, ela ia conhecer a minha família, ia ver como é o frege lá em casa, ia entender melhor; em vez de ficar me ameaçando toda vez que me vê sentado aqui no posto. [Todos solidarizam com Custódio. Em silêncio, ficam pensativos sobre as forças governamentais na vida cotidiana de cada um. De repente, passa um senhor quarentão, com calça *skinny* e blusão prateado. Custódio arregala os olhos, Dona Helena e Guto percebem seu incômodo. O rumo da prosa se altera.]. Tem gente que não tem vergonha na cara.

Dona Helena, fingindo não entender a insinuação do colega: Ué, Custódio, mudou de assunto? De quem você está falando?

Custódio: A senhora sabe muito bem de quem eu estou falando. Ele mora na sua rua, não na minha.

Guto: Ah, esse que passou? É o Adalberto, também estudou comigo e a Sandra, ih, faz muito tempo isso. Gente boa demais. Ajudava a gente a organizar o melhor *show* de talentos da escola.

Custódio: E ele sempre acabava imitando o Freddy Mercury. Grande coisa, nem devia ser tão difícil assim para ele. Eu me lembro bem.

Dona Helena: Custódio, para com sua implicância. O Adalberto é um rapaz muito joia. Sim, ele é gay e todo mundo sabe. E não há problema com isso. Sim, ele tem Aids e isso não é da nossa conta.

Custódio: Mas por que ele precisa ficar desfilando com essa roupa estranha por aqui?

Guto: Porque é aqui que ele pega o remédio dele, Custódio, igual você pega o seu remédio da pressão e a Dona Helena pega o remédio da artrose e do nervoso. Eu já notei uma coisa: os médicos mais jovens, que se formaram faz pouco tempo, tratam o Adalberto bem melhor. São mais pacientes, mais sorridentes com ele. Eu acho que a faculdade mudou muito nos últimos anos, falam de outras doenças, da Aids, da fibromialgia, da depressão. Falam dos danos da homofobia ou do assédio moral sobre a saúde da gente.

Dona Helena: E o jeito que as pessoas são, sua sexualidade, seu casamento, sua dificuldade de engravidar, se frequenta o AA ou a Casa Maria Madalena, parece que dificulta a conversa em alguns consultórios, né?

Custódio: Mas os médicos precisam saber desses detalhes da nossa vida para tratarem a gente, vocês não acham?

Guto: Com certeza, Custódio. Concordo contigo. Mas os detalhes da nossa vida devem ajudar e não atrapalhar no tratamento que eles passam pra gente.

Custódio: Mas o Adalberto, se ele tivesse tido uma vida mais normal, não tinha pegado esse vírus. Vejam só, a palavra “Aids” fala de vírus adquirido, mas

parece que ele procurou a doença, vocês não acham? O fato de frequentar certos lugares, vestir essas roupas brilhantes, andar com certas pessoas.

Guto: Mas muitos médicos acham que ele é um paciente modelo, sabiam disso? Ele toma toda a medicação, não reclama, faz tudo como prescrevem para ele. E olha que não é fácil tomar esse tanto de pílula que os HIV+ tomam. Não é brincadeira. Ele leva tudo tão a sério que o vírus acaba ficando indetectável, como dizem os profissionais de saúde. Ele se cuida tanto que nem dá pra encontrar o vírus no sangue dele. Já pensaram? Adalberto não é bobo, tem quase 20 anos que ele faz tudo que pode para se manter saudável. E, gente, convenhamos, é possível viver com esse vírus por muito mais tempo, não é mais como na época do Cazuzá, que se morria rapidinho. É como uma doença crônica hoje em dia, como a sua hipertensão, Custódio, ou seu nervoso, Dona Helena. É só encontrar um jeito pra conviver.

Custódio: Mas e o paciente que não toma tudo certinho, o médico trata mal, é? Não acho justo, o que está desviando é o que mais precisa dos médicos.

Dona Helena: É... E ele ainda se juntou com um rapaz que todo mundo sabia que tinha o vírus. Foi justamente se relacionar com ele, imaginem? Por que não procurou alguém limpo? Às vezes, eu fico pensando se escolher um companheiro soropositivo não foi um tipo de fracasso do Adalberto, uma dificuldade mesmo de se controlar, de organizar a vida dele.

Guto: Mas, gente, o amor tem cara? A gente escolhe por quem a gente se apaixona, por acaso? E quem garante que ele não tinha o vírus antes? Risco mesmo é eles não falarem do vírus, é não encontrarem um jeito de transar que seja bom e seguro para o caso deles, é pensar o que funciona melhor para eles como o casal que são, vocês não acham? E pensar nisso tudo é também uma forma de cuidar do outro, da saúde do outro, com ou sem o vírus. E, pra mim, tudo isso é parte da relação, do casamento, de estar junto. Eu fui numa palestra que deram lá no terreiro mês passado, o Pai Nicolás convidou uma médica pra explicar sobre tudo isso pra gente. Ela disse que há casais que são sorodiscordantes, um tem e o outro não tem o vírus. É assim que chama hoje em dia. E há formas de transar que são menos perigosas, que têm menos chance de um passar pro outro. E esses casais até desejam ter filhos.

Dona Helena: Jesus amado!

Guto: Ué, gente, não é porque eu tenho uma doença que eu vou deixar de ter planos de vida, de ter sonhos, vocês não acham? Eu tenho certeza de que a Sandra continua sonhando coisas muito lindas para o seu sobrinho, Custódio. E que a Dona Helena aqui quer fazer aquela viagem pra conhecer a praia de Porto de Galinhas, mesmo com toda essa artrose e usando essa bengalinha charmosa aí. É ou não é? Gente, o vírus do HIV não para mais a gente, não. E não é porque a gente recebe uma indicação médica que a gente abre mão dos nossos projetos de vida, né? Fala sério. E eu aposto que pensar num casamento, numa festa, num filho faz a gente também injetar vida na vida da

gente, ainda mais quando tem um diagnóstico difícil como uma síndrome rara, um vírus, uma limitação reprodutiva, né? Ou mesmo uma doença genética, algum tipo de anemia, sei lá. [Ele parecia querer falar de sua condição, de seu diagnóstico, mas aquietou-se, intimidado].

Custódio: É difícil falar do que a gente gosta, do que dá prazer. Os médicos acham ruim quando fazemos escolhas que combinam melhor com o nosso estilo de vida. Para mim, é importante continuar comendo carne seca, por exemplo. Vocês sabem como é casa de nordestino, comer é importante, comer junto, então, nem se fala. Mas nem sempre eles entendem que comer um escondidinho de vez em quando faz mais bem do que mal, faz a gente tão contente que a pressão até se normaliza um pouco mais. Não tem como a gente viver só prevenindo tudo. Acho que estou entendendo o que o Guto está dizendo, às vezes, a gente corre um pouco de risco, mas é mais importante, naquele momento, ser feliz do que ser saudável.

Guto: Pois é, que bom ouvir você falando assim, Custódio, você que é tão puxa-saco dos doutores. [Todos riem]. Você tem razão, é como se, ao fazermos ou precisarmos fazer escolhas diferentes do que eles nos recomendam, a gente estaria sendo inconsequente, indisciplinado. Como se, ao não seguir o que nos dizem, estaríamos necessariamente seguindo um caminho inseguro. Pensando bem, é como se o certo fosse a gente seguir sempre uma lógica securitária ou sermos sempre prudentes biologicamente.

Dona Helena: Nossa, como você falou bonito agora, Guto!

Guto: Obrigado, Dona Helena. Mas me irrita que as instituições de saúde sempre nos pensem como se fossemos só um corpo ambulante, e um corpo irresponsável. A gente é mais do que a biologia. No fundo, acho que eu estou influenciado pelas coisas que eu andei aprendendo lá no terreiro. Ao mesmo tempo, eu também acho que os médicos e as médicas vêm mudando, sabe.

Custódio: Mas claro! Mudando sempre para melhor!

Guto: Essa médica que foi lá nos visitar, vocês precisavam ver. Eu gostei muito dela. Ela contou que, no curso que ela fez aqui na Universidade de Brasília, teve aula com alguns professores que não eram médicos. Tinha gente da psicologia, tinha filósofo, tinha enfermeira, tinha sanitarista. Tinha até uma professora de... como era o nome? Antropologia, vocês já ouviram falar nesse tipo de profissional? Achei um nome complicado, mas ela explicou que essa é uma área que fala das doenças de um jeito muito diferente, bem mais amplo do que uma célula, uma peroba, um diagnóstico.

Dona Helena: Hummm... parece muito com o jeito que a gente lida no Lar Maria Madalena, com o trabalho do pessoal do Caps-AD, até com o terreiro! Quero dizer, nesses lugares e também entre alguns profissionais que a gente encontra aqui no postinho ou no Hospital Regional da Ceilândia ou no Hospital Universitário da UnB, o mais difícil não é a doença em si ou descobrir qual é a doença que a gente tem. Mas é conseguir entender a situação de sofrimento

mais geral que essa doença provoca na gente, entendem o que eu estou dizendo? Acho que a boa médica, a boa benzedeira ou a boa mãe de santo é aquela que entende o mundo da vida, da nossa vida.

Custódio: Isso mesmo. Achei interessante também esses estudantes poderem fazer um curso com vários tipos de professores, com muitos profissionais diferentes. Isso deve enriquecer muito a formação, né? Deve ajudar muito médico a perceber que não é importante só intervir, mas compreender também a vida dos pacientes.

Guto: Isso, eu pensei a mesma coisa. Ela era muito especial: não tinha medo nem nojo de tocar nas pessoas que estavam doentes. Sentou, ouviu com todo cuidado e por um tempão cada um de nós que quis conversar com ela. Respondeu as dúvidas, não fez cara feia, não olhou no relógio, não criticou quem era gay ou não, quem era sorodiscordante ou não, quem era separado, casado ou juntado, quem tinha feito aborto ou não. Nada disso. Falou muito claramente que uma das principais palavras de ordem da medicina, o “deve”, precisa ser revisto. Criticou o tal Doutor Tenk, que só consegue dizer para a gente, “tem que fazer isso”, “tem que fazer aquilo”. Igual a agente comunitária de saúde que passou aqui agorinha pegando no pé do Custódio.

Custódio: Espera aí um minuto. Como é que é? Tinha gente que tinha matado bebê lá? A senhora ouviu isso, Dona Helena? Valei-me, Nossa Senhora!

Guto: Mas você é complexo mesmo, né Custódio? Por um lado, você acha sensacional os médicos terem inventado um jeito para resolver lá o problema do camarada do jiu-jitsu. Mas não aprova uma mulher decidir que não pode ou não consegue levar adiante uma gestação. Num caso, você aceita que os embriões menos puros ou menos adequados sejam descartados. Mas, no outro caso, você não aceita que um punhado de células sejam interrompidas? Que ideia de ciência é essa sua? E por que alguns casais podem lutar para ter filhos e outros não podem lutar para não ter filhos? Você tá muito dois pesos, duas medidas, na minha opinião. Credo.

Dona Helena, que só vinha ouvindo atentamente esse último debate, fala: Olha, pessoal, vocês sabem como eu bato peito na igreja. Sempre fui assim, nascida e criada numa casa católica. Eu não acho que eu faria um aborto. Eu sou contra por princípio, porque a bíblia condena. Mas, no calor da hora, eu não posso ter certeza de como eu agiria. Eu não sei com que companheiro eu estaria (ou não estaria!), não sei se estaríamos com emprego e com comida na mesa, não sei se a pílula estaria funcionando bem ou não (ou até se meu marido deixaria eu tomar), não sei se o meu companheiro serviria para ser pai do meu filho, não sei se eu estaria com algum risco de saúde por conta da barriga. É muito motivo que pode passar na nossa cabeça numa hora dessas! É muito fácil condenar uma mulher numa hora de desespero dessas. Eu ouvi falar que a grande maioria das mulheres que abortam estão casadas, sabia?

Custódio: Nossa, é bem o perfil da senhora. Ouvindo a senhora falar, fica parecendo que a senhora até já fez também.

Guto: Você sabia, Custódio, que uma em cada cinco brasileiras já interrompeu? Que é bem provável que uma prima, uma tia, uma vizinha, uma colega de trabalho sua já tenha feito?

Custódio: Sério? Isso tudo? É uma realidade muito mais comum do que eu imaginava. E com as leis que temos aí, todas foram presas, então?

Dona Helena: Ai, Custódio, lá vem você de novo com essa coisa de mandar todo mundo pra Papuda [a prisão masculina no DF], ou melhor, nesse caso, para Colmeia [a prisão feminina no DF]. Você acha mesmo que, depois do sofrimento por ter que tomar essa decisão, o melhor lugar para essa mulher é atrás das grades? Ou é num Caps, no nosso Lar Maria Madalena, na casa da Dona Carminha, a benzedeira aqui do bairro, para ouvir um apoio, um conselho, uma palavra de conforto?

Custódio: Mas está na lei, minha gente! Errou, tem que pagar por isso.

Dona Helena: Mas quando é que lei no Brasil é feita por quem vai seguir a lei, menino? Quando é que esses senhores do Congresso conhecem a realidade das mulheres brasileiras? E você sabe melhor do que a gente, porque você trabalha lá dentro, é tudo homem naquele Congresso Nacional.

Guto: E outra, né gente, lei que mais exclui do que inclui precisa ser mudada, vocês não acham? E eu acho incrível como tem lei que influencia na nossa saúde, nas decisões que tomamos sobre o nosso próprio corpo. Igual o Custódio acabou de contar sobre esse controle todo do posto na vida da Sandra e do menininho dela.

Dona Helena: E, por mais que eu seja religiosa, acho que igreja é uma coisa, fé é outra. Igreja não tem que ficar metendo o bedelho na nossa vida, não. E cada um de nós tem a sua fé, é isso que importa. Se eu tivesse feito um aborto, eu acho que Deus podia até me castigar, mas eu também sei que tudo isso teria sido desígnio dele e que, no final das contas, ele iria me perdoar, me acalmar. Acho que ele me daria a força necessária para um momento difícil como esse. E tudo isso porque eu tenho fé nele, como eu tenho fé em alguns médicos e em alguns remédios.

Custódio: Que pena que pouca gente pense como a senhora, Dona Helena, porque lá no Senado, o que eu mais vejo pelos corredores é gente de igreja. Eu acho que nem parlamentar, nem juiz, nem presidente tinha que tomar decisões tendo como referência a sua igreja ou a sua fé. Se tem uma lei na qual eu acredito pra valer é a tal da Constituição. E ela diz que o Brasil é laico. Ou, pelo menos, deveria ser, né? Parece que protege algumas mulheres, geralmente aquelas que têm dinheiro para pagar uma clínica de aborto, e esquece e pune outras, que só encontram remédio de farinha, fazem em fundo de quintal e acabam morrendo, né? Um absurdo o governo cuidar de umas mulheres e fechar os olhos para outras. É a mesma coisa com o meu

sobrinho, ter pesquisa e ter remédio para algumas doenças, mas não para as síndromes raras como a que ele tem.

Guto: Nossa, isso tudo é muito sensível mesmo. Um monte de coisa complexa, que não tem, assim, 8 ou 80, tem que pensar direitinho, tem que considerar o que cada pessoa está vivendo naquele momento.

Dona Helena: Com certeza, meu filho. E, falando do que estamos vivendo no momento, eu preciso ir ao banheiro. [Vai se levantando, reunindo a peça de crochê que vinha fazendo, os óculos, o casaquinho]. Guto, querido, você não veio buscar a cartela de anticoncepcional da sua namorada? Está há tanto tempo aqui com a gente que nem viu a fila da farmácia diminuir.

Guto: Gente do céu, é mesmo! E preciso voltar pro trabalho. Padaria, como vocês sabem, não para nunca. Ó, grato demais aí pelo dedo de prosa. Eu sempre gosto de encontrar com vocês.

Custódio: Mesmo discordando um pouco de vocês, eu também achei bom ter vocês me fazendo companhia aqui hoje no centro de saúde. Eu acho as ideias de vocês, assim, meio radicais às vezes. Mas também confesso que sempre volto pra casa pensativo. A gente conversa de coisa que, assim, não é coisa que a gente ouve em tudo que é lugar por aí, é um monte de assunto que a gente nem dá muito valor, parece conversa fiada, aquele resto bobo que não interessa para ninguém. Mas, vai indo, vai indo, e eu vejo que é tudo coisa que importa muito para nossa vida, né não?

Dona Helena: Com certeza, meu filho. Mas, gente, me desculpem, eu preciso correr! [Apressada, sai deixando saudações finais]. Manda um beijo para sua irmã, Custódio! Manda um abraço também pro Pai Nicolás, Guto. Diz que eu ando com saudade daquele caruru gostoso que ele faz pro povo lá da rua. Cosme e Damião está chegando, avisa para ele!

Guto: Tchau, Dona Helena! Custódio, meu velho, vou andando também. Tomara que te chamem logo nessa Sala de acolhimento. Esse povo é sempre enrolado assim mesmo? De acolhimento, vamos combinar, tem muito pouco, hein?

Custódio: Ah, é assim mesmo, devo admitir. Às vezes, elas estão lá dentro de papo furado. Às vezes, vão tomar café ou têm que dar muita atenção para aqueles senhores de maleta preta que vêm toda hora aqui. Mas eu não tenho do que me queixar, elas me tratam com tanto carinho, perguntam se eu estou melhor depois do divórcio, do meu sobrinho doente, dos avanços da Sandra, querem saber a razão da pressão estar descontrolada hoje, indicam um chazinho calmante. Ih, fazem de tudo um pouco. É um povo muito legal esse daí, viu. Como eu já ouvi, aqui dentro tentam fazer uma medicina centrada na pessoa, entendeu?

Guto: Aff, Custódio, você e seu amor pelo postinho.

Custódio: É uma mão lavando a outra, Guto. Eu também ajudo elas, fico aqui conversando com o povo no banco de espera, deixando todo mundo mais

calmo. Aí, quando entram, elas só encontram pressão boa, glicemia boa. Faço minha contribuição também, você tá pensando o que? [Os dois se abraçam forte e Guto corre até o balcão da farmácia. Custódio é chamado pelo nome e recebe aperto de mão e beijinhos das técnicas em enfermagem, tratamento digno de um velho conhecido da casa].

SOBRE OS AUTORES

Ana Cláudia Rodrigues

Possui graduação em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Ceará, Mestrado e Doutorado em Antropologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Atualmente é Professora Adjunta do Departamento de Antropologia e Museologia da UFPE. Tem experiência nas seguintes áreas temáticas: saúde, gênero, relações raciais, antropologia da ciência, antropologia dos objetos, patrimônio natural e científico e comunidades tradicionais.

Ana Paula Alves Ribeiro

Professora Adjunta do Departamento de Formação de Professores e do Programa de Pós-Graduação em Educação, Cultura e Comunicação (PPGECC) da Faculdade de Educação da Baixada Fluminense / Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Cientista Social formada pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (1999), com Mestrado em Ciências Sociais (UERJ, 2003) e Doutorado em Saúde Coletiva (IMS/UERJ, 2009). Realizou Estágio Pós-doutoral no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais - PPGCS (UFRRJ - Programa PNPd/CAPES, 2013-2015). Faz parte da coordenação colegiada do Museu Afro Digital Rio (UERJ), colabora com o Núcleo de Estudos Afro-brasileiros (UERJ) e é pesquisadora dos seguintes grupos: Grupo de Análises de Políticas e Poéticas Audiovisuais (GRAPPA/UERJ, líder); Museus Afro-Digitais, Relações Raciais e Artes Visuais (UERJ) e do Núcleo de Pesquisa em Cultura, Identidade e Subjetividade - CULTIS (UFRRJ). Membro do Comitê de Antropologia Visual da Associação Brasileira de Antropologia (CAV/ABA, 2017-2018). É associada da BRASA - Brazilian Studies Association, da LASA - Latin American Studies Association e da ABA - Associação Brasileira de Antropologia. Tem experiência nas áreas de Antropologia e Metodologia da Pesquisa e atua nos seguintes temas: Cinema, Cidade, Relações étnico-raciais e educação e Cultura afro-brasileira.

Danielle Ribeiro de Moraes

Médica e educadora, tecnóloga em saúde pública da Fundação Oswaldo Cruz. Trabalha em atividades de ensino, pesquisa e desenvolvimento tecnológico no Departamento de Endemias Samuel Pessoa, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ). Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da ENSP/FIOCRUZ e do Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional em Saúde (EPSJV/FIOCRUZ). Graduada pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), possui residência médica em Medicina Preventiva e Social pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Habilitação em Docência do Ensino Fundamental e

Médio - Ciências Biológicas pela Universidade Cândido Mendes. Mestre e doutora em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ. Possui experiência em Saúde Coletiva e em Educação, em especial nas seguintes áreas: atenção, vigilância e gestão em saúde; educação em saúde; educação profissional; epidemiologia hospitalar. Nos últimos anos, dedica-se ao estudo das interfaces entre o campo da saúde e as ciências humanas e sociais, com destaque para o debate sobre prevenção, risco e saúde. Tem interesse em: estudos sociais de ciência e tecnologia; estudos de gênero; processos de medicalização da vida; análise do discurso médico.

Débora Allebrandt

Professora adjunta da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), possui graduação em Ciências Sociais (2005) e mestrado em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2008). É doutora em Antropologia pela Université de Montréal (2013) e realizou estágio de pós-doutorado no Programa de Pós-graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGAS/UFRGS) entre 2013-2015. Tem desenvolvido trabalhos em que convergem parentesco e ciência, como a busca das origens biogenéticas de adotados e filhos de doadores de gametas. Sua atuação se estende aos seguintes temas: direitos humanos, políticas públicas, direitos sexuais e reprodutivos, antropologia e ética.

Ednalva Neves

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB (1986), mestrado em Sociologia pela UFPB (1998) e doutorado em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2004). Estágio Sênior no Programa de Pós-graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGAS/UFRGS) e no Centre de recherche médecine, sciences, santé, santé mentale, société do Centre National de la Recherche Scientifique (CERMES3/CNRS). Atualmente é professora associada da Universidade Federal da Paraíba, professora permanente do PPGA e do PPGS/CCHLA. Tem experiência na área de Antropologia, com ênfase em biossocializações, saúde, risco, dinâmicas contemporâneas da medicina (desenvolvimento e aconselhamento genéticos), práticas de produção de conhecimento.

Eduardo Tadeu Brunello

Bacharel e Licenciado em Ciências Sociais pela Universidade Estadual de Londrina (UEL) no ano de 2011. Mestre em Ciências Sociais na linha de pesquisa Cultura, Poder e Sociedade pela mesma universidade - 2013. Participou como colaborador de pesquisa dos projetos intitulados: *O risco como construção sócio-cultural: práticas juvenis de risco e de transgressão*;

Corpos e tecno/máquinas: riscos, consumo e marcadores de diferença. Efetivas atividades adjuntas às práticas docentes e ao desenvolvimento de metodologias para o ensino. Possui vínculo como colaborador de pesquisa no projeto intitulado *Saúde, Sociedade e Cultura* (Grupessc) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e “Sociabilidades e conflitos contemporâneos (SOCIATOS) da Universidade Federal de Campina Grande. Atualmente é doutorando no Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) – (*Stricto Sensu*). Aborda principalmente os seguintes temas: Sociologia e educação; direitos humanos; gênero; políticas públicas de saúde e modelos terapêuticos; cultura e sociedade; antropologia das religiões e antropológica da saúde.

Fátima Tavares

Graduada em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), onde também obteve os títulos de mestre em Sociologia e doutora em Ciências Humanas (Antropologia). Realizou estágio de doutorado na École des Haute Études en Sciences Sociales, em Paris, entre 1996 e 1997. Em 1999 ingressou na Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), na área de Antropologia do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Religião (PPCIR) e em 2005 passou a atuar no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da mesma instituição, onde permaneceu até 2008, sendo redistribuída para a Universidade Federal da Bahia (UFBA) em 2009, onde é Professora Associada no Departamento de Antropologia e Etnologia. Tem desenvolvido pesquisas na confluência entre religião e saúde; religião e espaço público; e campo religioso brasileiro. Co-coordena o Grupo de Pesquisa Observabaía (Observatório de Riscos e Vulnerabilidades Socioambientais da Bahia de Todos os Santos). Atua nas áreas de Antropologia da Saúde, da Religião voltada para a compreensão de práticas tradicionais e contemporâneas em saúde e desenvolvimento comunitário. Seus trabalhos enfocam os seguintes temas: novas religiosidades, movimento nova era, religiões afro-brasileiras, juventude e religião, mídia e religião, turismo religioso, festas, terapêuticas alternativas e Estratégia Saúde da Família.

Ivia Maksud

Possui graduação em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, mestrado e doutorado em Saúde Coletiva (Área de Concentração: Ciências Humanas e Saúde) pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Uerj. Foi professora adjunta da Universidade Federal Fluminense (UFF) de abril de 2009 a janeiro de 2015. É pesquisadora em Saúde Pública e Professora Permanente da Pós-Graduação em Saúde da Criança, da Mulher e do Adolescente do Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz. Tem experiência na área de Ciências Sociais aplicadas à Saúde, desenvolvendo

pesquisas principalmente sobre os seguintes temas: ciências sociais e saúde coletiva; metodologia qualitativa em saúde. Subtemas: HIV/Aids; Gênero, Sexualidade e Saúde; Saúde da Mulher; políticas públicas de saúde.

Luis David Castiel

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil (1975), mestrado em Community Medicine pela University of London (1981), doutorado em Saúde Pública pelo Fundação Oswaldo Cruz (1993) e pós-doutorado pelo Depto. de Enfermeria Comunitaria, Salud Publica y Historia de la Ciencia da Universidade de Alicante, Espanha (2005). Atualmente é Pesquisador titular do Depto. de Epidemiología e Métodos Quantitativos em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. É professor permanente do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública e do Programa de Pós-graduação de Epidemiologia em Saúde Pública, dentro da subárea A construção do conhecimento epidemiológico e sua aplicação às práticas de saúde. Experiência na área de Saúde Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: Aspectos teóricos e conceituais das ciências da saúde, filosofia aplicada às ciências da saúde, estudos sociais de ciência e tecnologia em saúde pública/coletiva.

Luziana Silva

Professora Adjunta do Centro de Ciências Aplicadas e Educação da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Doutora em Sociologia (2012) pelo Programa de Pós-graduação de Sociologia da UFPB, é mestre em Sociologia (2008) e bacharel em Ciências Sociais pela Universidade Federal da Paraíba (2003). Atuou como membro do corpo editorial da *revista Paraiwa* e da *revista Política & Trabalho*; atualmente é pesquisadora do Grupo de Estudos em Saúde, Sociedade e Cultura.

Marcia Reis Longhi

Professora adjunta do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Federal da Paraíba (DCS/UFPB), na área de antropologia. Membro do Programa de Pós-graduação em Antropologia da UFPB. Graduada em Psicologia pela Universidade de São Paulo - USP (1982). Mestre e doutora em Antropologia pela Universidade Federal de Pernambuco - UFPE (2008). Temas de pesquisa: saúde, gênero, masculinidade, juventude e grupos populares. Pesquisadora do núcleo de pesquisa Núcleo de Família, Gênero e Sexualidade - FAGES (UFPE) desde 2001. Pesquisadora do Grupo de pesquisa saúde, sociedade e cultura (Grupessc) integrado ao DCS da UFPB desde 2011

Monica Franch

Possui graduação em Geografia e História (área de concentração em Antropologia) - Universitat de Barcelona (1992), mestrado em Antropologia pela Universidade Federal de Pernambuco – UFPE (2000) e doutorado em Antropologia pelo Programa de Pós-graduação em Sociologia e Antropologia - PPGSA-UFRJ (2008). Em 2016 realizou estágio pós-doutoral (bolsa Capes) na Universitat Rovira i Virgili (Tarragona, Espanha). É professora Adjunta III do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), e membro permanente dos Programa de Pós-Graduação em Antropologia e em Sociologia da mesma universidade. Fundadora e líder do Grupessc - Grupo de Pesquisas em Saúde, Sociedade e Cultura (UFPB) e membro do Medical Anthropology Research Center (MARC). Desenvolve pesquisas nas seguintes temáticas: antropologia da saúde; gênero e sexualidades; gerações (foco na juventude) e tempo social.

Octavio Bonet

Possui graduação em Licenciatura em Antropologia pela Universidad Nacional de La Plata - Argentina (1992), Mestrado em Antropologia Social pelo Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro - PPGAS-MN/UFRJ (1996) e Doutorado em Antropologia Social pelo PPGAS-MN/UFRJ (2003). Atualmente é Professor Adjunto IV do Departamento de Antropologia Cultural e do Programa de Pós-graduação em Sociologia e Antropologia do Instituto de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Tem experiência na área de Antropologia, com ênfase em Antropologia da Saúde e da Doença, atuando principalmente nos seguintes temas: corpo, emoções, pessoa, saber médico e diversidade cultural. Publicou o livro *Saber e Sentir. Uma etnografia da aprendizagem da Biomedicina* (2004, Fiocruz), *Os Médicos da pessoa. Um olhar antropológico sobre a medicina de família no Brasil e na Argentina* (2014, 7Letras), e vários artigos em periódicos e capítulos de livro. Atualmente é Coordenador do Laboratório de Etnografia e Interfaces de Conhecimentos com sede no Instituto de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Pedro Nascimento

Possui Bacharelado em ciências sociais pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB (1995), Mestrado em antropologia pela Universidade Federal de Pernambuco – UFPE (1999) e doutorado em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS (2009). Atualmente é Professor Adjunto da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e um dos coordenadores do Mandacaru - Núcleo de Pesquisas em Gênero, Saúde e Direitos Humanos - UFAL. Professor do Programa de Pós-graduação em

Antropologia/UFPB. Atua principalmente nos seguintes temas: gênero, saúde, sexualidade, políticas públicas e direitos humanos.

Roberta Reis Grudzinski

Possui graduação em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul UFRGS (2009). É mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Tem experiência na área de antropologia, com interesse especial em antropologia do parentesco, antropologia da ciência, práticas de justiça e cidadania.

Rosa Virgínia Melo

Possui graduação, mestrado e doutorado em Antropologia pela Universidade de Brasília (UnB). Tem experiência de docência na Universidade Católica de Brasília, na Universidade de Brasília, como professora substituta, e na Universidade Federal da Paraíba UFPB), onde foi bolsista de Pós Doutorado Nacional (2014/2016). Pesquisadora colaboradora no PPGAS/UnB (2014/2016; 2017/2018). Realizou pesquisas etnográficas em diversas áreas, como gênero, gênero e violência, gênero e turismo (1996); identidades nacionais e representação de nação (2003); festas religiosas (2005), rituais, religiões ayahuasqueiras brasileiras e transe mediúnico (2010), violência nas escolas (2011). Atualmente desenvolve pesquisa na temática de Antropologia da Religião, Antropologia e Saúde e Antropologia e Educação, no sentido amplo do termo. Entre 2013 e 2016 pesquisou em Comunidades Terapêuticas religiosas e grupos de ajuda mútua. A perspectiva analítica de seus mais recentes trabalhos problematiza moralidades e religiosidade cristã na terapia da ajuda mútua baseada nos 12 Passos de Alcoólicos Anônimos adotada na proposta de tratamento para os chamados dependentes químicos e familiares. Em 2017 iniciou projeto de pesquisa em modalidades terapêuticas e dependência química na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e Justiça Restaurativa. Trabalhos publicados nas áreas de religião e festas populares; religião, transe e saúde; gênero e educação, religião, saúde e moralidades.

Rozeli Porto

Professora do Departamento de Antropologia (DAN) e do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (PPGAS/UFRN). Possui Graduação em Ciências Sociais (1996), Mestrado e Doutorado em Antropologia Social (2002/2009) pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) com estância de doutorado pelo Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, Portugal. Pós-doutorado em Antropologia Social pela Universidad de Sevilla, Espanha (2016). Faz parte de la Red Del Laboratorio Iberoamericano para el Estudio Sociohistorico de las Sexualidades/Espanha (RED LIESS), do Grupo Gênero, Corpo e Sexualidades

(GCS/UFRN) e do Núcleo de Identidades de Gênero e Subjetividades (NIGS/UFSC). Sócia efetiva, vice tesoureira e membro do Comitê Gênero e Sexualidades da Associação Brasileira de Antropologia (ABA). Tem experiência na área de Teoria Antropológica, Antropologia do Corpo, da Saúde e da Doença, Antropologia das Relações de Gênero (com enfoques e articulações em Saúde, Direitos Sexuais e Reprodutivos - Aborto, Parto, Nascimento - doenças endêmicas (zika, dengue, chikungunya), Medicamentos, Medicina Popular, Feminismos, Sexualidades, Violências e Estado).

Soraya Fleischer

Professora Adjunta IV do Departamento de Antropologia da Universidade de Brasília (DA/UnB). Bacharel em Ciências Sociais (1997) e Mestre em Antropologia Social pela Universidade de Brasília (2000) e Doutora em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2007), com ênfase em Antropologia da saúde, do corpo, do adoecimento e da cronicidade e numa Antropologia do SUS.

ISBN 978-85-7320-130-7



9 788573 201307

